Nederlandse Zorgautoriteit

Marktscan en beleidsbrief

Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014

Weergave van de markt 2010-2013

januari 2015

Inhoud

Vooraf

Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringstaken. In deze marktscan geeft de NZa de stand van zaken weer over de markt voor forensische zorg in strafrechtelijk kader.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. Ten opzichte van de voorgaande marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader[1] (uitgebracht in 2013) is deze marktscan doorontwikkeld en verder uitgebreid door aanvullende data en verbeterde databewerking. De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de ontwikkeling van de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader opgesteld. In de beleidsbrief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

De NZa bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

[1] NZa (2013). Marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2013.

Managementsamenvatting

De forensische zorgmarkt
Forensische zorg (FZ) wordt meestal door een rechter opgelegd en betreft zorg in een strafrechtelijk kader. Het gaat om geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel, of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.

Er zijn 25 forensische zorgtitels: 24 strafrechtelijke titels en 1 voorgenomen indicatiestelling van de reclassering. De laatste kan onder bepaalde voorwaarden benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels.

Kenmerken
Forensische Zorg heeft enkele specifieke kenmerken waardoor deze zorg afwijkt van de reguliere zorg:
- De strafrechtelijke titel onderscheidt de FZ van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG).
- Het grote verschil zit in de beveiligde omstandigheden waaronder de behandeling wordt geboden en de focus van de behandeling op het tegengaan van recidive.
- De zorg wordt ingekocht door één inkoper, de Directie Forensische Zorg (DForZo) van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ).
- In de FZ is er sprake van specifieke modules gericht op analyse en behandeling van delictgedrag. Daarnaast wordt binnen de FZ periodiek door middel van gestandaardiseerde methoden het recidiverisico vastgesteld.

- Binnen de FZ is sprake van behandelzorg (Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBC's)) en begeleidingszorg (zorgzwaartepakketten (ZZP's) en extramurale parameters). De zorg kan zowel klinisch als ambulant plaats vinden.

Ontwikkelingen
De FZ verandert sterk. Dat komt door aanpassing van de zorginkoop, het doorvoeren van bezuinigingen, de invoering van prestatiebekostiging en de aanpassing van het wettelijk kader in de FZ.

DForZo is de enige zorginkoper in de FZ. Via het inkoopbeleid wil DForZo in de periode 2014-2017 een aantal doelstellingen van beleid bereiken:
- Meer ambulante en laag beveiligde klinische zorg en minder hoog beveiligde klinische zorg;
- Inkopen en differentiëren op kwaliteit;
- Verbeteren van de continuïteit van zorg.

Het ministerie van VenJ, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) hebben in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg doelstellingen tot en met 2018 geformuleerd. Daarin hebben zij afgesproken om € 271 miljoen om te buigen in 2018 door de Tbs-duur te verlagen, de reservecapaciteit in Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) te reduceren en efficiencykortingen door te voeren.

Tot en met 2012 was er voor de FZ sprake van bekostiging op basis van budgetparameters. Vanaf 2013 is prestatiebekostiging in DBBC's ingevoerd. Tot en met 2015 geldt er een transitiemodel voor de

overgang naar DBBC-bekostiging (behandelzorg). Met ingang van 2015 bestaat er voor de ZZP's en extramurale parameters (zorg gericht op begeleiding) geen vangnet meer en er is geen transitieperiode. Vanaf 2016 vindt de bekostiging van FZ volledig plaats op basis van gerealiseerde DBBC's, ZZP's en extramurale parameters.

Tenslotte zal met de Wet Forensische Zorg (Wfz) en de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGGZ) het wettelijke kader voor de FZ worden aangescherpt en moet de aansluiting tussen de FZ en de GGZ beter geborgd zijn. De WVGGZ en de Wet Zorg en Dwang vervangen na inwerkingtreding de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Marktstructuur
De marktstructuur is een weergave van de aanbieders en producten in de markt. Het aantal unieke aanbieders binnen de FZ is vanaf 2010 gestegen van 89 naar 122 in 2013. In de periode 2010-2013 zijn zorgaanbieders gemiddeld op minder markten actief. Dit kan duiden op specialisatie binnen bepaalde productgroepen.

In 2013 hebben 97 zorgaanbieders budgetafspraken met DForZo voor het leveren van GGZ-begeleidingszorg. In deze productgroep zijn ook de meeste toe- en uittreders. De mogelijkheden om toe te treden tot de forensische zorgmarkt zijn gering door het beperkt beschikbare budget voor nieuwe initiatieven en door het vervallen van een lichte contractvariant.

In de FZ sluit DForZo de volgende contracten af:
- Reguliere contracten
- Aanbestedingen
- Verdiepingsdiagnostiek
- Pilot

Het aantal aanbieders met een regulier contract is ten opzichte van 2010 gestegen met 33 aanbieders naar 108 in 2013.
Tendercontracten zijn de resultante van een gehouden aanbesteding. Het betreft de inkoop van tijdelijke capaciteit (intramuraal of ambulant) en expertise voor bepaalde zorgdoelgroepen. Het aantal zorgaanbieders met een aanbestedingscontract is beperkt en is tussen 2010 en 2013 stabiel gebleven of licht gestegen.

Overigens is FZ qua opbrengsten een relatief klein specialisme binnen zorgaanbieders. Een relatief klein deel (7%) van de opbrengsten van zorgaanbieders betreft FZ.

Betaalbaarheid
In het meerjarenbeleid 2014-2017 van DForZo is het inkopen van meer ambulante en laag-beveiligde klinische capaciteit en minder hoog-beveiligde-capaciteit één van de geformuleerde speerpunten. Dit speerpunt is in de inkoopafspraken 2014 in budgetparameters nog niet terug te zien. Om dit doel te bereiken zijn aanpassingen van beleid bij partijen nodig die tijd vergen.

In de inkoop 2014 in budgetparameters zijn voor de overige FZ overall hogere inkoopafspraken gemaakt. Met name de begeleidingsgroepen van zowel de GGZ als de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) zijn gegroeid. Voor de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) is er minder ingekocht vanaf 2013. Er kan niet worden beoordeeld in hoeverre deze trend wordt veroorzaakt door het meerjarenbeleid. Het meerjarenbeleid is geformuleerd nadat de trend is ingezet. Uit de DBBC-afspraken is ook

nog geen conclusie te trekken. Dit omdat er in de inkoopafspraken nog één FPC mist.

Wij hebben gekeken in hoeverre de zorg die door DForZo is ingekocht, afwijkt van de geleverde zorg. Hierbij hebben wij de bedragen van inkoopafspraken en realisatie geanalyseerd in budgetparameters. In algemene zin wordt er meer zorg geleverd door zorgaanbieders, waarbij klinische zorg minder stijgt dan de ambulante zorg. Ondanks de groeiende realisatie is er sprake van onderproductie (realisatie is kleiner dan de inkoopafspraak) in bijna alle productgroepen. Overproductie (realisatie is groter dan de inkoopafspraak) wordt in principe niet door DForZo gehonoreerd. De realisatie in DBBC's, en daarmee samenhangend de onder- en overproductie in DBBC's, vertoont nog te weinig stabiliteit om conclusies aan te verbinden.

De omvang van de aanbestedingen stijgen vanaf 2009 tot 2012. In 2013 dalen de aanbestedingen met 12% ten opzichte van 2012.

Tenslotte zijn de gehanteerde tarieven geanalyseerd. Binnen de budgetparameters is nauwelijks sprake van prijsdifferentiatie en hanteert DForZo voor de meeste forensische zorgaanbieders de maximumtarieven. De prijsontwikkeling is dan ook grotendeels toe te schrijven aan de jaarlijkse indexatie van de budgetparameters. In de productgroepen zijn de prijzen in de periode 2009-2014 gestegen tussen de 13 en 17%.

Kwaliteit
In het meerjaren-inkoopbeleid is inkopen en differentiëren op kwaliteit één van de speerpunten van DForZo. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg zijn er verschillende sets van indicatoren ontwikkeld. Zo zijn er indicatoren om de kwaliteit in een instellingen te meten. Namelijk prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie voor alle aanbieders van FZ en de prestatie-indicatoren Doelmatigheid voor de FPC's. En er zijn indicatoren die iets zeggen over de kwaliteit van het hele stelsel, zoals de recidivecijfers voor Tbs.

In 2014 is er een begin gemaakt met het normeren van enkele kwaliteitsindicatoren die de kwaliteit op instellingsniveau meten. DForZo hanteert een (ex-post) budgetkorting als de aanbieder geen gegevens aanlevert of niet voldoet aan één of meerdere gestelde normen. Het beleid van DForZo voor 2015 is het verder ontwikkelen en normeren van de kwaliteitsindicatoren.

Recidive Tbs
Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) heeft onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat er voor geen enkele FPC een significant verschil is tussen de geobserveerde en verwachte recidive.

Dit betekent dat er geen aanwijzingen zijn gevonden dat het recidivebeeld van bepaalde FPC's in positieve of negatieve zin afwijkt van wat mag worden verwacht, gegeven de samenstelling van de eigen groep ex-patiënten.

Toegankelijkheid
De toegankelijkheid is het laatste publieke belang dat we analyseren in deze marktscan. Om de toegankelijkheid te beschrijven worden vijf indicatoren belicht, namelijk de wachttijden, de instroom en uitstroom cijfers van de Tbs, de capaciteitsontwikkeling en de bezettingsgraad.

Voor de wachttijden zijn alleen cijfers bekend van Tbs-passanten die wachten op een plek in een FPC. Voor Tbs met dwang geldt dat de cliënt binnen 30 werkdagen (aansluitend op detentie) opgenomen moet zijn. Het aantal wachtenden was in 2013 22. Zij wachtten in detentie gemiddeld 100 dagen op plaatsing in een FPC.

De uitstroom van Tbs is ten opzichte van 2010 gestegen met 54%. In 2013 zijn er 178 voorwaardelijke beëindigingen van Tbs-gestelden tegen 109 in 2010. De instroom is ten opzichte van 2010 gedaald met 22%. Het aantal nieuwe opleggingen in 2013 was 84.

Van de capaciteitsontwikkeling, uitgedrukt in het aantal ingekochte bedden, zijn er alleen cijfers bekend van de Overige FZ (FPC's en Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's) blijven buiten beschouwing). De capaciteit is in alle productgroepen gestegen, behalve binnen de productgroep GGZ-behandeling met beveiligingsniveau 1.

In tegenstelling tot de capaciteitsontwikkeling zijn bij de indicator bezettingsgraad de FPC's en PPC's wel bekend. De bezettingsgraad is de ratio tussen de afgesproken capaciteit en de geleverde zorg en gaat over het aantal bezette bedden. In alle productgroepen schommelt de bezettingsgraad, op de bezettingsgraad bij de FPC's na.

Aansluiting FZ en GGZ
Door de inwerkingtreding van de WVGGZ en Wfz is de verwachting dat er een betere aansluiting komt tussen de FZ en de GGZ en dat de continuering van zorg beter wordt gewaarborgd. Ook de beleidsregel Overheveling Zvw-FZ van de NZa kan een bijdrage leveren aan een betere aansluiting tussen beide zorgsectoren. Sinds de inwerkingtreding in 2014 van de beleidsregel zijn er geen meldingen bij de NZa binnen gekomen om middelen uit de productieafspraken in de FZ naar de Zvw of vice versa over te hevelen.

Om beter te kunnen oordelen over de verschillen en overeenkomsten tussen de FZ en GGZ is voor het eerst in de marktscan een vergelijking gemaakt van de cliëntpopulaties en zorgtrajecten.

In de FZ cliëntpopulatie komen de leeftijdscategorieën 21-30 jaar en 31-40 jaar het meest voor. In de GGZ is de leeftijdsopbouw meer verdeeld. De FZ cliëntpopulatie bestaat uit hoofdzakelijk mannen, terwijl er in de GGZ evenveel mannelijke als vrouwelijke cliënten zijn. De GAF-score, die een indicatie geeft van het psychische en sociaal functioneren, ligt in de FZ gemiddeld lager dan in de GGZ.

Afhankelijkheid van middelen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie zijn de meest voorkomende stoornissen in de FZ. In de GGZ komen depressie en angststoornissen, naast persoonlijkheidsstoornissen, met name voor. Veel cliënten in zowel de FZ als de GGZ hebben naast hun hoofddiagnose een nevendiagnose. Cliënten met meer dan één nevendiagnosen komen in de FZ relatief meer voor dan in de GGZ. Het aandeel directe tijd besteed aan de behandeling is in de FZ kleiner dan in de GGZ. De inzet van de behandelaren verschilt tussen de FZ en GGZ.

1. Inleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt. Deze indicatoren hebben betrekking op de marktstructuur en het marktgedrag. Ook wordt in een marktscan een overzicht weergegeven van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Vanaf 2012 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de markt voor de forensische zorg (FZ). In september 2013 is de marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader over de jaren 2009-2012 uitgebracht. Dit is de opvolgende marktscan. In deze marktscan wordt ook gerapporteerd over het jaar 2013. Voor enkele indicatoren (bijvoorbeeld productieafspraken) wordt ook het jaar 2014 meegenomen.

1.1 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzes:
- welke productgroepen zij samen neemt in een scan;
- welke geografische gebieden zij bekijkt;
- welke informatie zij over die markten nodig heeft;
- waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen.

Op basis van deze keuzes is het vervolgens mogelijk om een beeld van een markt te schetsen. Een marktscan levert een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

Afbakening
FZ heeft veel overeenkomsten met de reguliere GGZ en verslavingszorg en met een deel van de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De behandelmethoden zijn deels vergelijkbaar, echter in de FZ is er ook sprake van specifieke modules gericht op analyse en behandeling van delictgedrag. Daarnaast wordt periodiek middels gestandaardiseerde methoden het recidiverisico vastgesteld. Het grote verschil zit in de beveiligde omstandigheden waaronder de behandeling wordt geboden en de focus van de behandeling op het tegengaan van recidive. Het therapeutisch klimaat en de beveiligde setting zijn typische kenmerken van FZ[2]. De zorg behelst klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen. De strafrechtelijke titel onderscheidt deze zorg van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Voor de FZ zijn verschillende ontwikkelingen gaande of zullen op termijn plaatsvinden. De belangrijkste ontwikkelingen zijn de overgang naar prestatiebekostiging, bezuinigingen, veranderingen rondom inkoop en kwaliteit en de aanpassing van het wettelijk kader FZ. In hoofdstuk 2 wordt op deze ontwikkelingen nader ingegaan.

[2] Ministerie van VenJ (2013). Meerjarenovereenkomst FZ 2013-2017.

De meerwaarde van deze scan en vernieuwing ten opzichte van de vorige scan is onder andere het weergeven van de inkoopafspraken, de realisatiecijfers, een vergelijking tussen de FZ en GGZ (waaronder cliëntenpopulatie en samenstelling zorgtraject) en een andere invulling van het thema kwaliteit. In tegenstelling tot vorig jaar zijn ook DIS-data gebruikt voor de analyses.

De marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van de markt, met daarin specifieke aandacht voor de beleidsmatige ontwikkelingen. In hoofdstuk 3 wordt de marktstructuur uiteengezet. De daaropvolgende hoofdstukken beschrijven de stand van zaken over de publieke belangen 'betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg'. Hoofdstuk 7 gaat in op de aansluiting en vergelijking FZ en GGZ. Het document sluit af met een bijlage waar naast de bronnen en methoden een gedetailleerdere omschrijving van de forensische zorgmarkt wordt gegeven.

2. Forensische zorgmarkt

Forensische zorg (FZ) is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.[3]

FZ wordt meestal door een rechter opgelegd en betreft zorg in een strafrechtelijk kader. Er zijn 25 forensische zorgtitels (zie bijlage 1): 24 strafrechtelijke titels en 1 voorgenomen indicatiestelling van de reclassering. De laatste kan onder bepaalde voorwaarden benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels.

Dit hoofdstuk begint met een korte beschrijving van de markt. De beschrijving heeft betrekking op de spelers op de markt, de bekostigingssystematiek en een uiteenzetting van de verschillende productgroepen in de markt. Een uitgebreide beschrijving van de markt is te lezen in bijlage 5. Vervolgens worden in dit hoofdstuk de belangrijkste beleidsmatige ontwikkelingen in de FZ beschreven: zorginkoop, bezuinigingen, prestatiebekostiging en de aanpassingen in het wettelijke kader van de FZ. Deze ontwikkelingen hebben betrekking op 2013 en 2014 en sluiten aan op meerjarenbeleid dat tot en met 2017 wordt gecontinueerd. De ontwikkelingen kennen een sterke onderlinge samenhang.

2.1 Spelers op de markt

Het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) is budgettair verantwoordelijk voor alle FZ voor volwassenen en bewaakt de kwaliteit van de FZ.[4] Conform het Interimbesluit Forensische zorg wordt de minister van Veiligheid en Justitie voor wat betreft de inkoop van forensische zorg aangemerkt als zorgverzekeraar. Dit wordt uitgevoerd door de directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van VenJ. Om deze reden wordt kortheidshalve verder in deze marktscan gesproken over DForZo als zijnde de zorginkoper. Waar in deze marktscan voorts gesproken wordt over de zorgverzekeraar wordt ook DForZo bedoeld.

DForzo is de enige zorginkoper in de FZ. DForZo bekijkt hoeveel FZ nodig is, van welk type en welke organisaties en instellingen die kunnen bieden. Hiervoor koopt DForZo de benodigde zorg in en bewaakt de kwaliteit.

In de FZ kunnen drie doelgroepen worden onderscheiden (zie bijlage 5 voor een beschrijving):

- Tbs-gestelden (Tbs);
- Gedetineerden;
- Verdachten of veroordeelden aan wie het Openbaar Ministerie (OM) of de Rechtspraak een voorwaardelijke sanctie heeft opgelegd/zorg als voorwaarde.

---

[3] DJI (2013). Handboek Forensische Zorg.

[4] Justitiabelen die onder het Jeugdstrafrecht zijn veroordeeld en die forensische zorg in strafrechtelijk kader ontvangen in een instelling tijdens de detentie dan wel in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI), vallen onder de begroting van VenJ. Zorg die in strafrechtelijk kader wordt verleend terwijl betrokkene niet meer in detentie zit, komt ten laste van de Jeugdwet.

De zorgaanbieders zijn in te delen in acht categorieën (zie bijlage 5 voor een beschrijving):
- 1. Forensisch Psychiatrische Centra (FPC);
- 2. Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK);
- 3. Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA);
- 4. Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC);
- 5. Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP);
- 6. Forensische Verslavingsklinieken (FVK)/Forensische Verslavingsafdelingen (FVA);
- 7. Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (inclusief zorg aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten) (VG);
- 8. Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW).

2.2 Prestaties

De bekostiging van de FZ vond tot en met 2012 volledig plaats op basis van budgetparameters voor zowel de behandelzorg als de begeleidingszorg. In budgetparameters is er sprake van nacalculatie als de inkoopafspraak afwijkt van de realisatie.

Vanaf 2013 geldt er voor de behandelzorg prestatiebekostiging op basis van Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBC's). Om de effecten van de systeemverschillen tussen DBBC's en budgetparameters te dempen, is er voor de DBBC's een transitiefase ingesteld voor 2013, 2014 en 2015. De begeleidingszorg wordt vanaf 2015 volledig bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's) en extramurale parameters. Hiervoor bestaat geen overgangsregeling.

Voor de afbakening tussen behandelzorg (DBBC's) en begeleidingszorg (in ZZP's en extramurale parameters) geldt het volgende:
- Voor zorg in het kader van de forensische behandeling van de cliënt (met en zonder verblijf, inclusief beveiliging) geldt de DBBC-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde voor de behandeling van SGLVG is een indicatie van het NIFP of de reclassering.
- De ZZP's en extramurale parameters gelden voor alle doelgroepen bij de volgende zorgvormen:
  - Ambulante begeleiding (extramurale parameters);
  - Verblijf met begeleiding zonder behandeling (ZZP's);
  - Verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek (ZZP's).

Tabel 2.1 Prestaties in de FZ naar zorgaanbod

	Klinisch	Ambulant
Behandeling	DBBC's	DBBC's
Begeleiding	ZZP's (ZZP C-reeks en ZZP VG)	Extramurale parameters

Bron: NZa

De klinische behandeling binnen de FZ kan variëren in intensiteit en beveiligingsniveau. Voor de DBBC-verblijfszorg zijn in totaal 7 verblijfsintensiteiten (A–G) en 4 beveiligingsniveaus (1–4) onderscheiden. De ZZP-verblijfszorg valt uiteen in 6 niveaus voor de GGZ doelgroep (exclusief dagbesteding) en 7 niveaus voor de VG (verstandelijk gehandicapten) doelgroep (inclusief dagbesteding).

2.3 Analysemethode

Voor de analyses in deze marktscan is de forensische zorgmarkt onderverdeeld in verschillende productgroepen. De indeling in productgroepen komen veelvuldig terug in de analyses van de hoofdstukken marktstructuur, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Verder is er voor deze marktscan een algemene onderverdeling gemaakt in doelgroepen. Er worden drie doelgroepen onderscheiden: de Tbs-gestelden (Tbs), gedetineerden in een PPC (forensische zorg aan gedetineerden in PPC's) en de begeleiding en behandeling van GGZ- en VG-cliënten (overige FZ, OFZ). Gelieerd aan deze doelgroepen zijn de verschillende beveiligingsniveaus van de instellingen. De productgroep van zorg voor gedetineerden in PPC's is apart vermeld. Hierin zijn de vijf PPC-locaties opgenomen als onderdeel van het gevangeniswezen en reguliere GGZ-instellingen die op ambulante basis zorg leveren aan cliënten die verblijven binnen een PPC.

De productgroepen Tbs, zorg aan gedetineerden in PPC's en OFZ zijn de leidraad voor de presentatie van de analyses. Het is echter niet bij alle analyses mogelijk de cijfers op deze wijze te presenteren. In die gevallen is er gebruik gemaakt van een hoger aggregatieniveau of presentatie van cijfers voor specifieke productgroepen.

Tabel 2.2 De gebruikte productgroepen voor de analyses

<table>
<tr><th colspan="2">Doelgroep</th><th>Zorgvraag</th><th>Naam productgroep</th><th>Bekostiging</th></tr>
<tr><td colspan="2">Tbs-gestelden</td><td>Behandeling</td><td>Tbs (beveiligingsniveau 3 en 4)</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td colspan="2">Zorg aan gedetineerden in PPC's</td><td>Behandeling</td><td>Zorg aan gedetineerden (verschillende beveiligingsniveaus)</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td rowspan="9">Overige FZ (OFZ)</td><td rowspan="5">GGZ-cliënten</td><td>Begeleiding</td><td>GGZ-begeleiding</td><td>ZZP GGZ C (klinisch) en extramurale parameters (ambulant)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Behandeling</td><td>GGZ ambulante behandeling</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td>GGZ-beveiligingsniveau 1</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td>GGZ-beveiligingsniveau 2</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td>GGZ-beveiligingsniveau 3</td><td>DBBC'S</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Verstandelijk gehandicapt (VG)</td><td>Begeleiding</td><td>VG-begeleiding</td><td>ZZP VG (klinisch) en extramurale parameters (ambulant)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Behandeling</td><td>VG ambulante behandeling</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td>VG-behandeling beveiligingsniveau 2</td><td>DBBC's</td></tr>
</table>

Bron: NZa

In bijlage 5.4 staat een uitgebreide versie van tabel 2.2.

2.4 Beleidsmatige ontwikkelingen 2014-2018

De FZ kent een aantal grote ontwikkelingen die de forensische zorgmarkt de komende jaren zullen domineren. De belangrijkste beleidsmatige ontwikkelingen zijn gericht op de zorginkoop, bezuinigingen, prestatiebekostiging en aanpassingen in het wettelijke kader FZ.

2.4.1 Inkoopbeleid 2014-2017

VenJ is verantwoordelijk voor de zorginkoop in de FZ. DForZo is de enige zorginkoper in de FZ. Het zorginkoopbeleid van DForZo is vormgegeven in het Meerjarenbeleid Inkoop Forensische Zorg 2014–2017 en sluit aan op het Masterplan 2013–2018 van DJI. In het meerjarenbeleid van DForZo zijn de volgende speerpunten geformuleerd voor de periode 2014–2017:[5]

Meer ambulante en laag-beveiligde klinische zorg en minder hoog-beveiligde klinische zorg
DForZo wil meer ambulante en laag-beveiligde vormen van zorg inkopen en minder hoog-beveiligde klinische zorg. In de inkoop FZ voor 2015 wil DForZo sturen op deze onderdelen. De beschikbare groeimiddelen zullen met name worden ingezet ter uitbreiding van het ambulante zorgaanbod.

Inkopen en differentiëren op kwaliteit
De doelstelling van DForZo om in te kopen en te differentiëren op basis van kwaliteit komt tot uiting in het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. DForZo wil prestatie-indicatoren normeren en gebruiken als een instrument in de zorginkoop. Voor 2014 hanteert DForZo een budgetkorting als de aanbieder geen gegevens aanlevert over de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie of Doelmatigheid (2% korting). De wijze waarop DForZo hier verdere inhoudelijke invulling aan geeft staat beschreven in het hoofdstuk Kwaliteit (hoofdstuk 5).

Tabel 2.3 Kortingen prestatie-indicatoren

	2014	2015
Niet aanleveren prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie of Doelmatigheid.	2%	2%
Niet voldoen aan één of meerdere gestelde normen van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie of Doelmatigheid (alleen indien indicatoren zijn aangeleverd).	1%	1%

Bron: DForZo

Verbeteren van de continuïteit van zorg
In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg zijn VenJ, GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) overeengekomen dat er wordt gestuurd op een verkorting van de doorlooptijd van Tbs. De verwachting is dat een verbeterde uitstroom vanuit de Tbs en verkorting van de behandelduur in de Tbs druk zal creëren op de OFZ, het zogenaamde ‘waterbedeffect’. In het meerjarenbeleid van DForZo wordt hier rekening mee gehouden. Gedurende 2014 en 2015 kan DForZo deze ontwikkeling monitoren op basis van informatie aanlevering van zorgaanbieders.
Als een zorgaanbieder over 2014 geen gegevens aanlevert voor het informatiesysteem Repad/patiëntenstromen, wordt achteraf een korting van 1% toegepast.

[5] DJI (2013). Meerjarenbeleid Inkoop Forensische Zorg 2014-2017.

De speerpunten voor 2014 van DForZo dienen bij te dragen aan de doelstellingen van beleidsonderwerpen uit het meerjarenbeleid. DForZo legt de focus in het inkoopbeleid 2014 op de volgende onderwerpen:
- Voldoende capaciteit van zorg;
- De juiste patiënt op de juiste plek;
- Kwalitatief goede forensische zorg;
- Verantwoorde in-, door- en uitstroom bevorderen;
- Goede aansluiting van forensische zorg naar reguliere zorg.

DForZo heeft als enige zorginkoper in de FZ een belangrijke rol in het realiseren van de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. In andere hoofdstukken in de marktscan wordt een mogelijke aansluiting gelegd tussen het inkoopbeleid van DForZo en de verschillende indicatoren voor de publieke belangen.

2.4.2 Bezuinigingen

In 2013 en de opvolgende jaren ligt er, ook voor de FZ, nadruk op efficiency en financiële besparingen. VenJ geeft met het Masterplan DJI 2013-2018 richting aan de bezuinigingsopdracht. In totaal moet er in 2018 een bedrag van € 271 miljoen zijn omgebogen als gevolg van bezuinigingen bij VenJ.[6] VenJ heeft in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg afspraken gemaakt met GGZ Nederland en VGN over de inhoudelijke agenda waarmee het budgettaire kader tot en met 2017 wordt ingevuld. Het financiële kader voor de FZ zal dalen van € 688 miljoen in 2013 naar € 602 miljoen in 2017.[7]

De bovengenoemde partijen in de FZ zijn de volgende maatregelen overeengekomen:

Goedkopere modaliteiten
De gemiddelde Tbs-behandelduur zal worden teruggebracht van 10 jaar (2013) naar 8 jaar (2017).

Reductie van (reserve)capaciteit
De Tbs-capaciteit zal worden afgebouwd van 1.867 plaatsen (in 2013) naar 1.339 plaatsen (in 2018). De sector heeft overeenstemming over het gericht snijden in capaciteit. Een klein deel van de af te bouwen Tbs-capaciteit vloeit naar een toename in goedkopere capaciteit (FPK, FPA en RIBW). De insteek is dat er meer doorstroom naar lichtere capaciteit plaatsvindt. De reservecapaciteit in de Tbs wordt afgeschaft.

Doorvoeren van een efficiencykorting
Er wordt een efficiencykorting toegepast door DForZo, waarbij doelmatigheid van geleverde zorg wordt nagestreefd. Voor 2014 is een efficiencykorting van 4,5% op het budget doorgevoerd. Een uitzondering is de tender V voor tijdelijke capaciteit in de FPC's, waarvoor een efficiencykorting van 2% geldt.[8]
Voor 2015 wordt de systematiek ten aanzien van budgetkortingen gecontinueerd.
De efficiencykorting van 4,5% wordt gehandhaafd op het budget 2015. In 2015 wordt de korting niet verhoogd, omdat DForZo besparingen verwacht door in de zorginkoop te sturen op een goedkopere zorgmix.

---

[6] DJI (2013). Masterplan DJI 2013-2018.
[7] Ministerie van VenJ (2013). Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017.
[8] Voor een aanbesteding kunnen tijdens de looptijd de afspraken niet aangepast worden.

2.4.3 Prestatiebekostiging

Tot en met 2012 was er sprake van bekostiging op basis van budgetparameters, waarbij sprake was van nacalculatie van de onder- en overproductie per zorgaanbieder. Vanaf 2013 is prestatiebekostiging ingevoerd in DBBC's, waarbij de DBBC's de basis vormen voor de bekostiging van de FZ gericht op behandeling en beveiliging.

DBBC's
Vanaf 1 januari 2013 geldt voor de DBBC's een driejarige transitiefase waarbij de FZ (gericht op behandeling) overgaat van de bekostiging in budgetparameters naar prestatiebekostiging in DBBC's. In 2013 en 2014 geldt dat 95% van de omzet wordt bepaald op basis van de budgetparameters en 5% op basis van DBBC's. In 2015 wordt dit afgebouwd naar 70% op basis van budgetparameters en 30% op basis van DBBC's.

De NZa zal in 2015 VenJ adviseren over de ontwikkelingen en implicaties van prestatiebekostiging in DBBC's voor de FZ. Het advies komt tot stand op basis van evaluatiegesprekken met forensische zorgaanbieders en financiële informatie uit de omzetverantwoording in het formulier Omzet FZ 2013. De hoogte en richting van de transitiebedragen laten de systeemverschillen zien tussen budgetparameters en DBBC's en geven inzicht in de financiële risico's van DForZo en zorgaanbieders.

ZZP's en extramurale parameters
Voor de ZZP's en extramurale parameters (zorg gericht op begeleiding) bestaat vanaf 2015 geen vangnet en er is geen transitieperiode. In hoofdstuk 4 wordt er gekeken naar het verschil in realisatiecijfers over 2013 tussen budgetparameters en ZZP's en extramurale parameters.

Vanaf 2016, na afloop van de transitiefase, wordt er voor alle FZ volledig ingekocht, bekostigd, gefactureerd en afgerekend op basis van DBBC's, ZZP's en extramurale parameters.

2.4.4 Aanpassing wettelijk kader FZ

Voor de FZ worden belangrijke wettelijke wijzigingen verwacht in 2015: de Wet Forensische Zorg (Wfz) en de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGGZ). De Wfz en de WVGGZ leiden tot een vernieuwing en aanscherping van het wettelijke kader en zorgen voor een betere aansluiting tussen zorg binnen het strafrechtelijke kader en de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast ligt er een wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (WZD), gericht op het voorkomen van dwangmaatregelen voor mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking.

De Wfz zal waarschijnlijk in 2015 in werking treden en bevat een brede stelselwijziging in de organisatie van FZ. De Wfz bevat onder andere wetgeving over de inkoop en financiering, aanspraak op de FZ, de plaatsing van justitiabelen in de zorg en sturingsrelaties. Tot de inwerkingtreding van de Wfz geldt het Interimbesluit Forensische zorg.

Een aantal belangrijke wijzigingen bij inwerkingtreding van de Wfz zijn:
- Alle bepalingen met betrekking tot FZ zijn in één wet opgenomen;
- De Wfz voorziet in aansluiting van FZ met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg;

− De subsidierelatie tussen DForZo en FPC's vervalt, waarin afspraken gemaakt worden over Tbs met dwangverpleging.

Daarnaast zullen de WVGGZ en de WZD de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) vervangen. Een belangrijke wijziging van de WVGGZ is dat de verplichte zorg meer op maat geleverd zal worden, waarbij bijvoorbeeld ambulante behandeling één van de mogelijkheden is, en de cliënt voldoende invloed kan uitoefenen op de zorg die hij/zij ontvangt. De WZD bevat een stappenplan om dwangmaatregelen te voorkomen bij mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking.

Na het vervallen van de strafrechtelijke titel worden cliënten vaak verder behandeld in de reguliere GGZ. Doordat de bekostiging en gestelde eisen verschilt tussen de FZ en GGZ kunnen er schotten tussen de bekostigingskaders ontstaan. Vanaf 2014 is er de beleidsregel Overheveling FZ-Zvw van kracht, waarin het mogelijk is om melding te maken van het overhevelen van productieafspraken.

2.5 Deelconclusie

De bezuinigingsdoelstellingen zijn door VenJ, VGN en GGZ Nederland vormgegeven in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg. Daarnaast heeft DForZo voor de inkoop een meerjarenbeleid ontwikkeld met een aantal aansluitende speerpunten. De beleidsmatige ontwikkelingen zijn sterk aan elkaar gekoppeld en bevatten lange termijn doelstellingen over betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

DForZo heeft als enige zorginkoper een grote invloed op de ontwikkeling van de forensische zorg. Het zorginkoopbeleid voor 2014 bevat elementen die gericht zijn op het ontwikkelen van indicatoren voor kwaliteit en bevordering van de doorstroom naar lichtere varianten van zorg. De zorginhoudelijke onderdelen bevatten vrijwel altijd een financiële component in de zorginkoop.

De ontwikkelingen 'bezuinigingen' en 'prestatiebekostiging' lijken primair te zijn gericht op het borgen van de betaalbaarheid van de sector, maar kennen tegelijkertijd onderdelen die betrekking hebben op het transparant maken van de FZ en het verbeteren van de toegankelijkheid van de markt. Daarnaast zal de invoering van de Wfz en de WVGGZ zorgen voor een verduidelijking van het wettelijke kader in de FZ en een betere aansluiting tussen de FZ en GGZ.

3. Marktstructuur

Het hoofdstuk markstructuur maakt inzichtelijk welke producten er binnen de markt van de FZ bestaan. De producten bepalen hoe de markt is gestructureerd. De producten in de FZ zijn onderverdeeld in productgroepen. Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt en geeft een beschrijving van het aantal FZ zorgaanbieders, de contractvormen, toe- en uittreding, het aandeel FZ binnen een instelling en de financiële positie van de zorgaanbieders.

Om de marktstructuur volledig te beschrijven zou de indicator aantal cliënten en kosten (gerelateerd aan de omzet) per cliënt dit hoofdstuk compleet maken. Aangezien de volledigheid van data van gedeclareerde DBBC's niet te bepalen is, is het nog niet mogelijk het aantal cliënten en de kosten per cliënt binnen de FZ op te nemen in deze marktscan.

3.1 Aantal zorgaanbieders

3.1.1 Aantal zorgaanbieders

Tabel 3.1 laat per jaar zien het aantal zorgaanbieders per productgroep, het aantal unieke zorgaanbieders en op gemiddeld hoeveel markten een zorgaanbieder actief is. In de tabel zijn alle zorgaanbieders opgenomen die in het betreffende jaar een realisatiebedrag groter dan 0 euro hadden. Een aantal opmerkingen is van toepassing op tabel 3.1:

- Een zorgaanbieder kan op meerdere locaties zorg leveren, omdat verschillende locaties die onder dezelfde zorgaanbieder vallen als één worden geteld. Er zijn bijvoorbeeld vijf PPC's, echter wordt deze zorg geleverd door één aanbieder.
- Het segment zorg aan gedetineerden in PPC's omvat naast zorg binnen het gevangeniswezen ook ambulante zorg. Deze zorgaanbieders leveren voor een tijdelijke periode zorg in PPC's op basis van een aanbestedingscontract. Zorgaanbieders kunnen in meerdere segmenten zorg leveren. Dit heeft met name te maken met dat zorgaanbieders zorg leveren binnen verschillende beveiligingsniveaus. De zorgaanbieders worden in elk segment geteld.
- Het aantal zorgaanbieders komt niet overeen met de marktscan van vorig jaar. Dit heeft ermee te maken dat er in de huidige resultaten is uitgegaan van een realisatiebedrag hoger dan 0 euro. Dit in tegenstelling tot de marktscan van 2013 waar er uitgegaan is van een begrootbedrag groter dan 0 euro. Omdat de realisatiecijfers van 2014 nog niet compleet zijn, is 2014 niet meegenomen.

Tabel 3.1 Aantal zorgaanbieders met budgetafspraken in parameters of met aanbestedingscontracten

	2010	2011	2012	2013
FPC's	13	13	13	13
Zorg aan gedetineerden in PPC's	7	2	7	10
Overige FZ				
GGZ-begeleiding	64	73	92	97
GGZ ambulante behandeling	35	36	45	43
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	31	28	29	22
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	14	13	13	15
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	6	8	10	10
VG-begeleiding	9	13	15	17
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	9	8	8	6
VG ambulante behandeling	4	3	3	3
Aantal unieke aanbieders	**89**	**97**	**115**	**122**
Gemiddelde aantal markten actief	**2,2**	**2,0**	**2,0**	**1,9**

Bron: DForZo

Het totaal aantal unieke zorgaanbieders binnen de FZ is van 89 aanbieders in 2010 gestegen naar 122 aanbieders in 2013. De aanbieders die in verschillende markten actief zijn, daalt ten opzichte van 2010. In 2010 was een aanbieder gemiddeld op 2,2 markten actief, terwijl in 2013 een aanbieder gemiddeld op 1,9 markten actief is. Het percentage unieke aanbieders binnen de markt van de FZ is vanaf 2010 met 37% gestegen. De meeste groei wordt gesignaleerd binnen het segment GGZ-begeleiding. Het aantal aanbieders binnen de productgroep GGZ-begeleiding is van 64 in 2010 gestegen naar 97 unieke aanbieders. Ook de productgroep VG-begeleiding is gestegen met 8 aanbieders ten opzichte van 2010. De begeleidingsgroepen stijgen door de ingezette ambulantisering van zorg en de doorstroom in de keten.

3.1.2 Contractvormen

In tabel 3.2 wordt het aantal zorgaanbieders per contractvorm weergeven. Naast de reguliere contracten heeft DForZo een drietal aanbestedingen uitgezet en ook lopen er twee pilots. DForZo heeft los van de contractvormen met elke FPC een subsidierelatie. Deze subsidierelatie blijft in stand tot de invoering van Wfz. Het verschil is dat bij de subsidierelatie DForZo een grotere rol speelt in de aansturing en verantwoording dan bij de reguliere contracten.

Door middel van aanbestedingen koopt DForZo tijdelijke capaciteit en expertise in voor bepaalde zorgdoelgroepen bij een specifieke groep zorgaanbieders. Voor de aanbesteding Forensische Zorg aan Gedetineerden (FZG) wordt er specifieke zorg ingekocht voor gedetineerden in FPA's en RIWB's. De aanbesteding loopt tot 1 januari 2017.[9] Het doel van deze aanbesteding is het creëren van kwalitatief goede, klinische zorgplaatsen voor psychisch gestoorde gedetineerden binnen de GGZ. Voor deze doelgroep geldt het principe GGZ tenzij. In een aantal gevallen blijft een verblijf in de PPC noodzakelijk.

[9] DJI (2013). Offerteaanvraag Forensische Zorg 2014, p. 36-37.

De aanbesteding Justitiële Verslavingszorg (JVZ) is in 2009 met een beperkt aantal aanbieders afgesloten. Het doel van het aanbestedingstraject is de inkoop van effectieve zorg die in aard en omvang is afgestemd op de meervoudige zorgbehoeften van verslaafde justitiabelen, die in het kader van een voorwaardelijke strafrechtelijke titel naar ambulante zorg worden toegeleid.[10]

DForZo heeft de afgelopen jaren plekken ingekocht bij de PPC's (aanbesteding PPC) voor justitiabelen die in bewaring zijn gesteld of een gevangenisstraf uitzitten en kampen met (ernstige) psychiatrische en psychische problemen.

Onder de contractvorm pilot vallen twee pilots, namelijk de pilot Transmuraal verlof en de pilot Verdiepingsdiagnostiek. De pilot Transmuraal verlof is per 2013 beëindigd. Dit betekent dat de transmurale plaatsen niet meer direct door DForZo worden ingekocht bij de zorgaanbieders. Tot 2012 heeft er een pilotvorm gelopen voor de Verdiepingsdiagnostiek. Dit is in de vorm van een contract gecontinueerd in 2013. Verdiepingsdiagnostiek wordt door een forensische instelling uitgevoerd om de reclasseringsadviseur in een strafzaak te helpen bij het verkrijgen van inzicht in de aanwezigheid en de aard van de problematiek op het gebied van de geestelijke gesteldheid en om vast te stellen welk type forensische zorg moet worden opgenomen in het advies van een strafzaak.

Tabel 3.2 Aantal zorgaanbieders per contract

Contractvorm	2010	2011	2012	2013
Reguliere contracten (OFZ)	75	83	101	108
Aanbesteding FZG	8	7	8	8
Aanbesteding JVZ	10	9	8	9
Aanbesteding PPC	6	1	6	9
Verdiepingsdiagnostiek	0	0	0	12
Pilot	0	0	0	1

Bron: DForZo

Het aantal zorgaanbieders met een aanbestedingscontract is stabiel gebleven of licht gestegen. De uitzondering daarop is de aanbesteding PPC. De zorgaanbieders die een aanbestedingscontract PPC hebben, zijn zorgaanbieders die zorg leveren aan personen in detentie. Dit zijn dus niet de PPC's zelf. Het aantal zorgaanbieders met een aanbesteding PPC daalt van 6 in 2010 naar 1 in 2011. In 2012 zijn er weer 6 aanbieders met een aanbestedingscontract PPC. De zorgaanbieders met een regulier contract zijn vanaf 2010 gestegen tot 108 zorgaanbieders. Deze stijging heeft te maken met de ingevoerde DBBC systematiek in 2011.

3.2 Toe- en uittreding

Ten aanzien van de bestaande aanbieders wordt er vanuit DForZo getracht in de zorginkoop voor 2014 zwaardere vormen van zorg te substitueren voor lichtere vormen van zorg, mits voor beide productgroepen een afspraak is gemaakt voor 2013.
Voor bestaande aanbieders is in 2014 geen separate groei mogelijk, met uitzondering van initiatieven waarvoor eerder een toelating is afgegeven en initiatieven ter bevordering van de doorstroom.

[10] Beschrijvend document Aanbesteding ambulante forensische zorg voor justitiabelen met cormorbide problematiek 2008, Directie Forensische Zorg, p.6.

Ten aanzien van nieuwe aanbieders kan er toegetreden worden tot de forensische zorgmarkt met een initiatief gericht op de door- en uitstroom van beveiligde klinische capaciteit naar een RIBW/(SGL)VG-verblijf. Het beschikbare budget voor nieuwe initiatieven bedraagt € 1 miljoen euro. De mogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders in de FZ beperken zich dus tot het kader van nieuwe initiatieven. Bijkomende ontwikkeling is dat DForZo de mogelijke contractvormen aanpast. Vanaf 2014 is alleen een regulier contract mogelijk en vervalt de mogelijkheid voor een 'lichte variant'. De lichte variant biedt voordelen voor kleine zorgaanbieders, onder andere op het gebied van administratieve lasten.

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aantal unieke toe- en uittreders per productgroep per jaar. Binnen het beschrijven van de marktstructuur is deze paragraaf relevant, omdat het mogelijke toe- en uittredingsdrempels kan laten zien.

3.2.1 Aantal toe- en uittreders

In tabel 3.3 wordt het aantal unieke zorgaanbieders per jaar weergegeven die zijn toe- of uitgetreden op de volledige FZ markt. Een aanbieder wordt als toetreder gedefinieerd als er FZ productie is in het jaar t en niet in jaar t-1. Een aanbieder wordt als uittreder gedefinieerd als er FZ productie is in jaar t-1, maar niet in jaar t.

Tabel 3.3 Aantal toe- en uittreders

	Toetreders	Uittreders
2010	6	0
2011	11	3
2012	22	4
2013	10	3

Bron: DForZo

Van 2010 tot en met 2012 stijgt het aantal unieke aanbieders gestaag met een uitschieter in 2012 van 22 toetreders. In deze periode blijft het aantal uittreders relatief laag.

3.2.2 Toetreders

In tabel 3.4 is het aantal toetreders binnen de FZ in kaart gebracht. De analyse is per productgroep uitgevoerd. Indien een aanbieder zijn aanbod uitbreidt naar een nieuw segment wordt deze aanbieder als toetreder geteld in het nieuwe segment.

Tabel 3.4 Aantal toetreders in de forensische zorg (inclusief aanbestedingen)

	2010	2011	2012	2013
FPC's	0	0	0	0
Zorg aan gedetineerden in PPC's	6	0	5	3
Overige FZ				
GGZ ambulante behandeling	0	4	10	1
GGZ-begeleiding	11	13	21	10
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	3	1	2	0
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	1	1	0	2
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	1	3	2	0
VG-begeleiding	2	5	4	3
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	3	0	0	0
VG ambulante behandeling	0	0	0	0

Bron: DForZo

Het hoogste en nog steeds stijgende aantal toetreders is te zien in de productgroep GGZ-begeleiding. In 2014 zijn ten opzichte van de voorgaande jaren alleen nog maar toetreders binnen de productgroepen GGZ ambulante behandeling, GGZ-begeleiding en VG-begeleiding.

3.2.3 Uittreders

Tabel 3.5 geeft een overzicht van het aantal uittreders binnen de FZ. Als een aanbieder stopt in een segment maar zorg blijft bieden in andere segmenten wordt deze als uittreder meegeteld in het segment dat is verlaten.

Tabel 3.5 Aantal uittreders in de forensische zorg (inclusief aanbestedingen)

	2010	2011	2012	2013
FPC's	0	0	0	0
Zorg aan gedetineerden in PPC's	0	5	0	0
Overige FZ				
GGZ ambulante behandeling	0	3	1	3
GGZ-begeleiding	1	4	2	5
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	2	4	1	7
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	0	2	0	0
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	0	1	0	0
VG-begeleiding	1	1	2	1
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	0	1	0	2
VG ambulante behandeling	0	1	0	0

Bron: DForZo

Het aantal uittreders in 2013 is relatief hoog in vergelijking met de uittreders in 2010 tot en met 2012. In 2013 is binnen de GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1 een opvallende stijging van 7 uittreders te signaleren en binnen de productgroep GGZ-begeleiding zijn er 5 uittreders.

3.3 Aandeel FZ binnen instelling

De aandelen FZ en financiële indicatoren worden berekend op basis van gegevens van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) en daarbij behorende gegevens uit het DigiMV. De aandelen FZ geven beter inzicht in de relatieve omvang en organisatie van FZ bij zorgaanbieders.

De berekening vindt plaats op basis van de opbrengsten FZ ten opzichte van de totale bedrijfsopbrengsten van een zorgaanbieder.
Het gewogen gemiddelde aandeel FZ is het resultaat van de som van opbrengsten FZ gedeeld door de som van de totale bedrijfsopbrengsten. De resultaten van grote zorgaanbieders wegen zwaarder mee dan kleine aanbieders. Het ongewogen gemiddelde is het gemiddelde van het aandeel FZ van alle individuele FZ-aanbieders. Iedere aanbieder telt even zwaar mee.

Tabel 3.8 Aandeel FZ bij zorgaanbieders

	Gewogen gemiddelde	Ongewogen gemiddelde
Gemiddelde aandeel FZ / Totaal	7,0%	10,8%

Bron: DigiMV 2012

Het gewogen en ongewogen gemiddelde aandeel van FZ bij zorgaanbieders bedraagt respectievelijk 7,0% en 10,8%. Een relatief klein deel van de opbrengsten van zorgaanbieders betreft FZ. Het verschil tussen het gewogen en ongewogen gemiddelde aandeel FZ duidt erop dat grote zorgaanbieders een relatief kleiner aandeel FZ hebben.

Tabel 3.9 Spreiding aandelen FZ bij zorgaanbieders

Aandeel FZ / Totaal	Aantal zorgaanbieders
0 – 1%	20
1 – 2,5%	14
2,5 – 5%	6
5 – 10%	10
10 – 25%	11
25 – 60%	3
60 – 100%	3

Bron: DigiMV 2012

De bovenstaande tabel geeft de spreiding weer van aandelen FZ bij zorgaanbieders. Het aantal unieke concerns in DigiMV sluit niet aan op het aantal unieke aanbieders bekend bij DForZo. Er zijn slechts zes zorgaanbieders waarbij de FZ meer dan 25% van de totale bedrijfsopbrengsten bedraagt.

3.4 Financiële positie zorgaanbieders

In het verlengde van de berekening van de aandelen FZ zijn ook de solvabiliteit en liquiditeit berekend van FZ-zorgaanbieders op basis van DigiMV. De solvabiliteit en liquiditeit geven een beeld van de financiële positie van de zorgaanbieders op concernniveau.

Een belangrijke kanttekening dient te worden gemaakt bij deze uitkomsten en conclusies voor de FZ. De gegevens over solvabiliteit en liquiditeit hebben betrekking op de totale productie van een zorgaanbieder op concernniveau en niet specifiek de FZ. Gelet op de beperkte omvang van FZ bij zorgaanbieders (zie 3.3) wordt de financiële positie van zorgaanbieders sterker beïnvloed door ontwikkelingen in bijvoorbeeld de Zvw en AWBZ. De financiële indicatoren in de betreffende tabellen moeten daarom vooral worden gezien als informatie over rechtspersonen en zeggen in zeer geringe mate iets over de FZ. We hebben deze indicatoren toch opgenomen, omdat het wel iets zegt over de individuele zorgaanbieders binnen de FZ.

3.4.1 Solvabiliteit zorgaanbieders

De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders in de toekomst aan hun schulden kunnen voldoen. De solvabiliteit is de uitkomst van het eigen vermogen gedeeld door het balans totaal.

Tabel 3.10 Gemiddelde solvabiliteit

	2009	2010	2011	2012
Solvabiliteit	19,6	21,0	24,2	24,9

Bron: DigiMV

In 2012 bedraagt de gemiddelde solvabiliteit 24,9% van het balanstotaal.

3.4.2 Liquiditeit zorgaanbieders

De liquiditeit geeft de mate weer waarin een aanbieder in staat is op korte termijn aan haar verplichtingen te voldoen. De liquiditeit is de uitkomst van de totale vlottende activa gedeeld door de kortlopende schulden. De kortlopende schulden zijn exclusief de schulden uit hoofde van een financieringsoverschot.

Tabel 3.11 Gemiddelde liquiditeit

	2009	2010	2011	2012
Liquiditeit	88,0	102,9	105,6	115,9

Bron: DigiMV

De gewogen gemiddelde liquiditeit op basis van balansgegevens ultimo 2012 bedraagt 115,9%.

3.5 Deelconclusie

Ten opzichte van 2010 zijn het aantal zorgaanbieders binnen de markt van de FZ gestegen. In de productgroep GGZ-begeleiding zijn de meeste zorgaanbieder actief. In de loop der jaren zijn de zorgaanbieders op steeds minder markten actief geworden. Dit kan er op duiden dat zorgaanbieders zich binnen de markt van de FZ steeds meer gaan specialiseren binnen bepaalde productgroepen.

De meeste zorgaanbieders in de FZ hebben een regulier contract afgesloten met DForZo. Slechts bij enkele zorgaanbieders koopt DForZo extra zorg in via een aanbestedingscontract.

Met betrekking tot de toe-en uittreders in de markt is te zien dat in de productgroep GGZ-begeleiding de meeste toe-en uittreders gesignaleerd worden.

Door het beperkte beschikbare budget voor nieuwe initiatieven en het vervallen van de lichte contractvorm wordt toetreding op de forensische zorgmarkt moeilijker.

Het aandeel FZ bij zorgaanbieders is gering, waardoor de financiële positie van deze zorgaanbieder in zeer beperkte mate wordt beïnvloed door de FZ. De gemiddelde solvabiliteit en liquiditeit van concerns waarin FZ wordt aangeboden vertoont ten opzichte van 2009 een opgaande trend.

4. Betaalbaarheid

In het Meerjarenbeleid Inkoop Forensische Zorg 2014–2017 is als één van de speerpunten geformuleerd dat DForZo meer ambulante en laag beveiligde klinische capaciteit wil inkopen en minder hoog-beveiligde capaciteit. Om dit doel te bereiken dient het aantal klinische bedden te worden gereduceerd, de gemiddelde verblijfsduur verkort en doorstroom verbeterd. Ook staat in het meerjarenplan hoe DForZo invulling geeft aan de bezuinigingen. Het doorvoeren van efficiencykortingen op het budget is één van maatregelen die in dit kader wordt getroffen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de betaalbaarheid van de FZ. Hierbij komt de inkoop en realisatie van zorg in budgetparameters en in DBBC's, ZZP's en extramurale parameters aan bod. Daarnaast worden de aanbestedingscontracten weergegeven en is geanalyseerd in hoeverre er sprake is van prijsdifferentiatie en prijsontwikkeling. Op basis van de inkoopafspraken 2014 (tabellen 4.1 tot en met 4.3) wordt de relatie met de bovengenoemde afspraken in het meerjarenbeleid gelegd. Ook wordt er gekeken naar het verschil in realisatiecijfers over 2013 (tabellen 4.4 tot en met 4.6) tussen budgetparameters en ZZP's en extramurale parameters.

4.1 Inkoop afspraken (t/m 2014)

4.1.1 Inkoopafspraken in budgetparameters

In de onderstaande tabel staan de inkoopafspraken in budgetparameters. In de inkoopafspraken is de definitieve index nog niet verwerkt. De inkoopafspraken 2014 voor de PPC's zijn niet weergegeven. DForZo heeft deze afspraken nog niet aan de NZa beschikbaar gesteld.

Tabel 4.1 Inkoop budgetparameters 2009-2014 (in miljoenen euro's)

	2009	2010	2011	2012	2013[11]	2014[11]
FPC's	336,78	334,16	334,99	346,32	323,75	308,53
Zorg aan gedetineerden in PPC's	NA	85,62	85,69	89,76	87,59	NA
Overige FZ						
GGZ ambulante behandeling	30,77	36,54	40,58	48,94	45,50	46,24
GGZ-begeleiding	16,03	18,92	22,33	28,80	35,14	47,52
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	19,35	20,64	19,88	20,18	19,25	16,75
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	39,64	50,14	53,75	62,95	64,27	69,72
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	25,74	29,02	34,99	48,83	55,43	55,13
VG ambulante behandeling	0,73	1,00	0,98	1,49	1,39	1,59
VG-begeleiding	0,79	1,63	3,57	6,18	7,24	8,64
VG behandeling beveiligingsniveau 2	6,27	9,98	15,79	19,17	18,67	17,95
Overig[12]	NA	NA	1,42	0,41	1,25	1,30
Totaal	**476,10**	**587,64**	**613,97**	**673,02**	**659,48**	**573,36**

Bron: DForZo

In 2013 is er sprake van lagere inkoopafspraken dan het jaar ervoor. Dit komt voornamelijk door een lagere inkoop van de productgroep FPC.

Bij de inkoop voor het jaar 2014 is de begeleiding, zowel GGZ als VG, wederom gegroeid. Net als GGZ-behandeling met beveiligingsniveau 2.

De verdubbeling van GGZ-behandeling met beveiligingsniveau 3 tussen 2009 en 2014 kent verschillende oorzaken. Onder andere is een uitbreiding van klinische capaciteit op basis van toelatingen afgegeven door VWS ('pijplijneffect') gerealiseerd. Daarnaast zijn er extra bedden ingekocht.

4.1.2 Inkoopafspraken in DBBC's

In onderstaande tabel staan de inkoopafspraken in DBBC's. De afspraken van de PPC's ontbreken in onderstaande tabel. DForZo heeft deze afspraken nog niet aan de NZa beschikbaar gesteld. Vanaf 2013 worden de kapitaallasten voor verblijf vergoed via de normatieve huisvesting component (NHC). Dit is op een aparte regel weergegeven om de jaren vergelijkbaar te houden.

[11] In de inkoopafspraken en realisatie 2013 en 2014 is geen rekening gehouden met de definitieve indexatie en efficiencykorting van 2,3% respectievelijk 4,5%.
[12] In de categorie Overig zit onder andere de pilot Verdiepingsdiagnostiek en het zak- en kleedgeld.

Tabel 4.2 Inkoop DBBC's 2011-2014 (in miljoenen euro's)

	2011	2012	2013	2014[13]
GGZ/VG ambulante behandeling	122,80	148,66	103,87	103,94
GGZ/VG behandeling				
Verblijf - beveiligingsniveau 1	35,94	37,07	39,92	41,16
Verblijf - beveiligingsniveau 2	54,28	61,31	89,64	84,06
Verblijf - beveiligingsniveau 3	197,22	158,02	72,18	59,94
Verblijf - beveiligingsniveau 4	61,09	75,64	150,46	114,44
Verblijf - NHC	**-**	**-**	56,95	50,83
Overig[14]	-	-	26,45	43,77
Totaal	**471,33**	**480,70**	**539,46**	**498,14**

Bron: DforZo

Vóór 2013 was de bekostiging volledig gebaseerd op budgetparameters. In 2013 en 2014 vindt bekostiging van de FZ voor 5% plaats op basis van DBBC's via het transitiemodel. Op basis van de inkoopafspraken in DBBC's valt er nog geen conclusie te trekken of er een daling van de inkoopafspraken plaats vindt. Dit omdat er in de inkoopafspraken DBBC's voor 2014 nog één FPC mist.

4.1.3 Inkoopafspraken in ZZP's en extramurale parameters

In onderstaande tabel staat de inkoopafspraken in ZZP's en extramurale parameters.

Tabel 4.3 Inkoop ZZP's en extramurale parameters 2011-2014 (in miljoenen euro's)

	2011	2012	2013	2014
ZZP's				
GGZ-begeleiding (ZZP-C)	12,40	15,74	21,51	34,76
VG-begeleiding (ZZP-VG)	3,19	6,34	7,46	9,58
Extramurale parameters	9,15	12,61	12,35	13,60
Totaal	**24,74**	**34,69**	**41,32**	**57,93**

Bron: DForZo

De afspraken in ZZP's stijgen jaarlijks sterk en liggen daarmee in lijn met de ontwikkeling die zichtbaar is in de budgetparameters voor begeleiding. De stijging valt te verklaren door:
- Een hoger volume van GGZ ZZP's, waarbij alleen de ZZP 6 GGZ-C in de inkoop daalt.
- Een hoger volume van VG ZZP 6 en 7, waarbij de lichtere VG ZZP's niet meer of beperkt worden ingekocht.

[13] In de inkoopafspraken DBBC's 2014 ontbreekt nog één FPC.
[14] In deze categorie zit onder andere dagbesteding en de verrichtingen.

4.2 Realisatie (t/m 2013)

In deze paragraaf staat de realisatie in budgetparameters, DBBC's, ZZP's en extramurale parameters. De bedragen van 2014 zijn niet opgenomen, omdat dat jaar nog niet volledig afgesloten is en de cijfers een vertekend beeld kunnen geven.

4.2.1 Realisatie budgetparameters

In de onderstaande tabel staat de realisatie in budgetparameters voor de jaren 2009-2013. In de realisatiecijfers is de definitieve index nog niet verwerkt. Voor de jaren 2009-2012 gaat het om nagecalculeerde bedragen en voor het jaar 2013 om gerealiseerde, maar nog niet nagecalculeerde bedragen. De realisatie in budgetparameters voor de FPC's is nog niet bekend. DForZo heeft deze gegevens nog niet beschikbaar gesteld.

Tabel 4.4 Realisatie budget 2009-2013 (in miljoenen euro's)

	2009	2010	2011	2012	2013[11]
FPC's	330,67	334,95	330,67	331,46	NA
Zorg aan gedetineerden in PPC's	34,33	85,26	85,28	88,51	87,50
Overige FZ					
GGZ ambulante behandeling	30,22	34,18	36,32	41,22	46,45
GGZ-begeleiding	12,15	16,21	20,36	28,63	36,49
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	18,27	18,49	18,18	17,78	14,70
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	35,75	48,64	48,80	56,44	59,24
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	25,00	28,58	39,99	54,43	55,67
VG ambulante behandeling	0,77	1,58	0,74	0,90	1,24
VG-begeleiding	0,63	2,23	3,16	3,83	5,25
VG behandeling beveiligingsniveau 2	5,87	14,29	11,64	14,32	17,50
Overig (NA)	-	-	0,03	0,02	1,13
Totaal	**493,65**	**584,42**	**595,2**	**637,53**	**NA**

Bron: DForZo

Het is nog niet vast te stellen of de daling in inkoopafspraken in 2013 heeft geresulteerd in een lagere realisatie.

Net als in 2012 is er voor 2013 in de meeste productgroepen groei te zien. De groei in de klinische groepen is minder sterk dan de groei in de ambulante of begeleidende productgroepen.

4.2.2 Realisatie DBBC's

In de onderstaande tabel staat de realisatie in DBBC's. De realisatie van DBBC's is gebaseerd op de startdatum van de DBBC.

Tabel 4.5 Realisatie DBBC's 2011-2013 (in miljoenen euro's)

	2011	2012	2013
FPC's			
behandeling	56,89	48,60	17,46
Verblijf - beveiligingsniveau 1	12,94	13,75	8,26
Verblijf - beveiligingsniveau 2	18,12	12,09	11,26
Verblijf - beveiligingsniveau 3	117,62	75,42	27,23
Verblijf - beveiligingsniveau 4	75,05	84,92	68,58
Overig	-	8,21	0,01
Totaal FPC's	*280,62*	*234,78*	*141,00*
Overige FZ			
GGZ/VG ambulante behandeling	66,37	68,15	28,59
Verblijf - beveiligingsniveau 1	18,10	15,09	12,00
Verblijf - beveiligingsniveau 2	40,61	41,91	32,18
Verblijf - beveiligingsniveau 3	57,23	38,79	21,91
Verblijf - beveiligingsniveau 4	16,18	25,08	4,66
Overig	-	-	2,36
Totaal OFZ	*198,49*	*189,02*	*101,69*
Totaal	**479,11**	**423,80**	**242,69**

Bron: DforZo

De bedragen over de periode 2011 tot en met 2013 bevatten weinig stabiliteit of vergelijkbaarheid tussen jaren. Dit wordt vermoedelijk grotendeels veroorzaakt door registratie effecten, onvolledige facturatie over alle jaren en nog openstaande DBBC's met openingsjaar 2013.

Over de vergelijkbaarheid tussen gerealiseerde DBBC's en gerealiseerde budgetparameters behandeling van 2013, belangrijk voor het transitiemodel, kan geen conclusie worden getrokken, omdat de DBBC's 2013 nog niet volledig zijn afgesloten.

4.2.3 Realisatie ZZP's en extramurale parameters

In de onderstaande tabel staat de realisatie in ZZP's en extramurale parameters. Voor de jaren 2011 en 2012 gaat het om nagecalculeerde bedragen en voor het jaar 2013 om gerealiseerde, maar nog niet nagecalculeerde bedragen.

Tabel 4.6 Realisatie ZZP's en extramurale parameters 2011-2013 (in miljoenen euro's)

	2011	2012	2013
ZZP's			
GGZ-begeleiding (ZZP-C)	11,56	17,85	21,87
VG-begeleiding (ZZP-VG)	3,57	4,75	5,52
Extramurale parameters	6,40	10,94	13,15
Totaal	**21,53**	**33,54**	**40,54**

Bron: DForZo

Op basis van de huidige cijfers zit er slechts een klein verschil tussen het totaal aan gerealiseerde ZZP's en extramurale parameters in 2013 (€ 40,54 mln.) en

de budgetparameters voor begeleiding 2013 (€ 41,74 mln.). Ook in 2011 en 2012 is het verschil tussen budgetparameters en ZZP's en extramurale parameters klein.

4.3 Onder-/overproductie

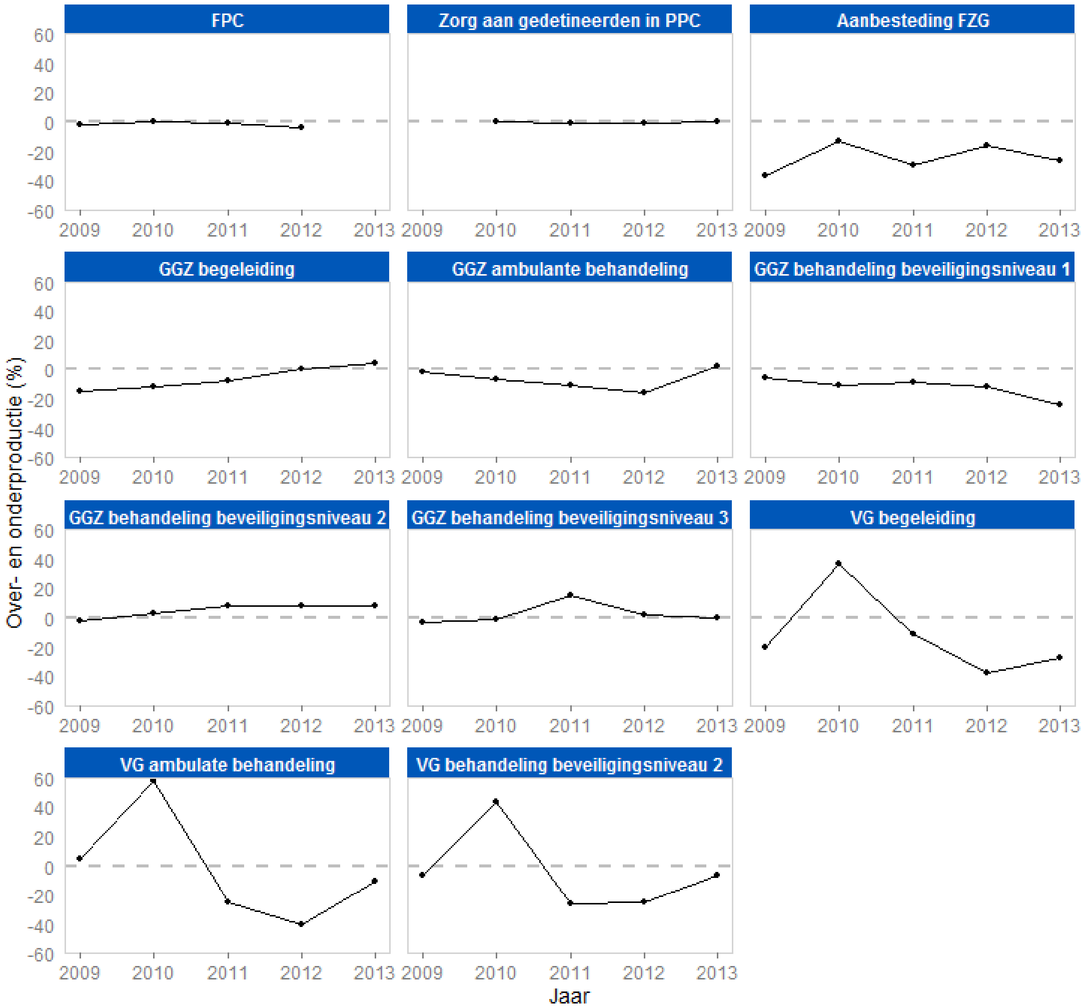
De onder- en overproductie is berekend op basis van budgetparameters. Er wordt geen onder- en overproductie berekend voor DBBC's, ZZP's en extramurale parameters, omdat de juistheid en volledigheid van deze cijfers onvoldoende kan worden aangetoond.

In de onderstaande tabellen staat de onder- en overproductie in budgetparameters in percentages per productgroep. De onder- en overproductie wordt berekend door het verschil te nemen van de realisatie/nacalculatie en de afspraak in budgetparameters. Voor de jaren 2009 tot en met 2012 zijn de nacalculatie bedragen gebruikt en voor 2013 het realisatiebedrag. De nacalculatie heeft in 2009 bij één zorgaanbieder en in 2012 bij drie zorgaanbieders nog niet plaats gevonden.

Er is sprake van overproductie als de realisatie groter is dan de afspraak. Positieve percentages betekenen overproductie. Negatieve percentages in de figuur duiden op onderproductie.

De zorgaanbieders kunnen geen hoger budget ontvangen dan werkelijk in budgetparameters is gerealiseerd. Overproductie wordt in beginsel niet gehonoreerd en onderproductie wordt nagecalculeerd. Bij onderproductie wordt wel de vaste (bed)component betaald (tot het afgesproken volume) waarin de genormeerde kapitaallasten, loon- en materiële kosten zitten.

Figuur 4.1 Onder- of overproductie budget (als percentage van de productieafspraak)



Tabel 4.7 Onder- of overproductie budget[15] (in miljoenen euro's)

	2009	2010	2011	2012	2013
FPC's	-6,11	0,79	-4,32	-14,86	NA
Zorg aan gedetineerden in PPC's	NA	-0,35	-1,03	-1,25	-0,10
Aanbesteding FZG	-4,93	-3,30	-8,02	-5,04	-8,39
Overige FZ					
GGZ ambulante behandeling	-0,55	-2,35	-4,26	-7,72	0,94
GGZ-begeleiding	-2,12	-1,88	-1,59	0,25	1,65
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	-1,08	-2,15	-1,70	-2,39	-4,56
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	-0,72	0,98	2,68	2,62	3,07
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	-0,74	-0,43	5,00	1,09	0,25
VG ambulante behandeling	0,03	0,58	-0,24	-0,59	-0,15
VG-begeleiding	-0,16	0,60	-0,41	-2,35	-1,99
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	-0,40	4,31	-4,15	-4,85	-1,16
Totaal	**NA**	**-3,22**	**-18,04**	**-35,10**	**NA**

Bron: DForZo

Op een enkele productgroep na, is er structureel sprake van onderproductie. Bij de inkoop wordt rekening gehouden met reservecapaciteit. Ook kan de onderproductie worden veroorzaakt door een afname of verwachte toename van zorg. In de afspraken wordt hierop zoveel als mogelijk geanticipeerd, maar omdat realisatie later in tijd volgt kunnen afwijkingen plaatsvinden. Overproductie wordt in beginsel niet gehonoreerd.

4.4 Financiële omvang aanbestedingen

DForZo maakt gebruik van aanbestedingen om tijdelijk extra capaciteit in te zetten voor een specifieke doelgroep. In onderstaande tabel zijn de verschillende aanbestedingen weergegeven.

Tabel 4.8 Financiële omvang aanbestedingen (in miljoenen euro's)

	2009	2010	2011	2012	2013
Aanbesteding PPC	NA	0,32	0,07	0,43	0,90
Aanbesteding FZG					
GGZ begeleiding	0,49	1,46	1,17	1,08	1,24
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	8,13	19,49	11,50	19,83	16,82
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	-	-	0,00	4,51	4,80
Totaal Aanbesteding FZG	8,62	20,95	12,67	25,42	22,86
Aanbesteding JVZ					
GGZ ambulante behandeling	2,29	5,30	5,41	5,14	2,89
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	0,07	0,17	0,13	0,06	0,04
Totaal Aanbesteding JVZ	2,36	5,47	5,54	5,20	2,94
Verdiepingsdiagnostiek	-	-	-	0,07	0,58

[15] De nacalculatiebedragen in het segment FZG zijn exclusief leegstandsregeling.

Pilot	-	-	1,01	0,37	0,51
Totaal	**10,98**	**26,74**	**19,29**	**31,49**	**27,79**

Bron: DForZo

Aanbestedingen betreffen tijdelijke contracten, die in veel gevallen een aantal jaren duren. De cijfers geven vooral inzicht in het soort en omvang van aanbestedingen, maar er kunnen geen conclusies worden getrokken over de ontwikkeling van de aanbestedingen.

4.5 Prijsdifferentiatie

In de onderstaande tabel staat de prijsdifferentiatie voor de budgetparameters (exclusief aanbestedingen). De procentuele afwijking ten opzichte van het maximumtarief is weergegeven. Een negatief percentage betekent dat er onder het maximumtarief prijsafspraken zijn gemaakt. De tabel is als volgt te lezen: in 2014 is er bij 97,7% van de afgesproken budgetparameters sprake van een afgesproken tarief gelijk aan het maximumtarief.

Tabel 4.9 Prijsdifferentiatie budgetparameters (%)

	2010	2011	2012	2013	2014
< 10%	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
-10% tot -2%	3,2	1,3	0,0	0,4	0,4
-2% tot -1%	0,2	59,7	0,2	0,0	0,4
-1% tot 0%	5,3	0,8	1,4	1,7	0,6
Maximumtarief	87,8	37,5	96,6	96,0	97,7
Tot + 1%	3,3	0,6	1,2	1,5	0,8
+1% tot +2%	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
+2% tot +10%	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0
Meer dan +10%	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0

Bron: DForZo

Voor de budgetparameters zien we nauwelijks prijsdifferentiatie. Voor bijna alle budgetparameters geldt dat de afgesproken prijs op het maximumtarief ligt.

4.6 Prijsontwikkeling

In de onderstaande tabel staat de prijsontwikkeling in budgetparameters. De tabel geeft de relatieve verandering aan in omzet veroorzaakt door een prijsverandering. Hierbij is gecorrigeerd voor volume en case-mix veranderingen. De prijsontwikkeling is berekend met de afgesproken prijzen.

Tabel 4.10 Prijsontwikkeling budgetparameters (Paasche index)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Overige FZ						
GGZ ambulante behandeling	1	1,03	1,04	1,07	1,10	1,13
GGZ-begeleiding	1	1,03	1,04	1,07	1,10	1,13
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	1	1,03	1,05	1,08	1,11	1,14
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	1	1,03	1,05	1,09	1,11	1,14
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	1	1,03	1,05	1,08	1,11	1,14
VG ambulante behandeling	1	1,03	1,04	1,07	1,09	1,15
VG-begeleiding	1	0,98	1,06	1,09	1,12	1,16
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	1	1,06	1,06	1,1	1,14	1,17

Bron: DForZo

De prijzen van de budgetparameters zijn in 2014 met 13 tot 17% gestegen ten opzichte van 2009. Uit de vorige paragraaf blijkt dat bijna altijd de maximumtarieven worden uitbetaald. Hierdoor wordt de prijsontwikkeling vooral bepaald door de jaarlijkse indexatie van budgetparameters.

4.7 Deelconclusie

De deelconclusie is beperkt tot de inkoopafspraken 2014. Hierin kunnen de eerste tekenen van de afspraken in het meerjarenbeleid zichtbaar zijn. In het meerjarenbeleid zijn afspraken gemaakt over het inkopen van meer ambulante en laag-beveiligde klinische capaciteit en minder hoog-beveiligde capaciteit en te bezuinigen door tariefkortingen op het budget door te voeren. Vanaf 2015 gaan de productgroepen begeleiding (GGZ en VG) zonder transitieperiode over naar bekostiging op basis van ZZP's en extramurale parameters. Dit kan voor partijen financiële risico's met zich meebrengen.

Het inkopen van meer ambulante en laag-beveiligde klinische capaciteit en minder hoog-beveiligde capaciteit is in de inkoopafspraken in budgetparameters (tabel 4.1) nog niet terug te zien. Om dit doel te bereiken zijn aanpassingen van beleid bij partijen nodig die tijd vergen. Voor de overige FZ zijn er overall hogere inkoopafspraken gemaakt. Voor de FPC's is er al een dalende trend in inkoopafspraken waar te nemen vanaf 2013. Er kan niet worden beoordeeld in hoeverre deze trend wordt veroorzaakt door het meerjarenbeleid. Het meerjarenbeleid is geformuleerd nadat de trend is ingezet. Uit de DBBC-afspraken (tabel 4.2) is nog geen conclusie te trekken. Dit omdat er in de inkoopafspraken nog één FPC mist.

De inkoopafspraken ZZP's en extramurale parameters (tabel 4.3) laten een stijging zien van de inkoopafspraken. Op basis van de huidige cijfers zit er slechts een klein verschil tussen het totaal aan gerealiseerde ZZP's en extramurale parameters in 2013 (€ 40,54 mln.) en de budgetparameters voor begeleiding 2013 (€ 41,74 mln.).

Op een enkele productgroep na, is er structureel sprake van onderproductie. Er is nauwelijks sprake van prijsdifferentiatie. De afgesproken prijs ligt voor bijna alle budgetparameters op het niveau van de maximumtarieven. De prijsontwikkeling is grotendeels toe te schrijven aan de jaarlijkse indexatie van de budgetparameters.

5. Kwaliteit

Dit hoofdstuk gaat over het publieke belang kwaliteit. Het inkopen en differentiëren op kwaliteit is één van de speerpunten in het Meerjarenbeleid Inkoop Forensische Zorg 2014-2017. Daarvoor zijn verschillende sets met indicatoren ontwikkeld die de kwaliteit meten.[16]

Het doel van DForZo is inzicht krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de gecontracteerde zorg. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren is één van de manieren om dit te bewerkstelligen.

Bij het door ontwikkelen van de prestatie-indicatoren hanteert DForZo de volgende doelen:
- Zo veel mogelijk van procesindicator naar uitkomstindicator.
- De indicator moet betrekking hebben op de kwaliteit van zorg die een aanbieder levert.
- De indicator moet zo veel mogelijk vanuit bestaande registraties op te leveren zijn.
- De set aan indicatoren moet beperkt zijn.

In dit hoofdstuk zijn de verschillende sets met indicatoren beschreven. Er wordt onderscheid gemaakt in indicatoren die op het niveau van de aanbieder kwaliteit inzichtelijk maken en indicatoren die op het niveau van het stelsel het functioneren inzichtelijk maken. Daarnaast komt het toezicht door de IGZ aan de orde.

5.1 Indicatorensets op instellingsniveau

In tabel 5.1 staan twee verschillende sets met indicatoren. Deze indicatoren maken de kwaliteit op instellingsniveau transparant.

Tabel 5.1 Sets van prestatie-indicatoren

	Set	Van toepassing op
1	Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie	Alle aanbieders van FZ
2	Prestatie-indicatoren Doelmatigheid	FPC's

Bron: DJI

5.1.1 Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

Het Programma Zichtbare Zorg (ZiZo), onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS, heeft haar werkzaamheden rond het (door)ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de zorg per 2012 beëindigd met het vaststellen van indicatorensets voor 2013. DForZo heeft in overleg met GGZ Nederland eind 2012 aan het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie opdracht gegeven tot het door ontwikkelen van de bestaande set prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie.

Uitkomsten verslagjaar 2013
In de onderstaande tabel staan de uitkomsten van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie over het verslagjaar 2013.

De indicatoren 1.2.b (gebruikt instrument voor het meten van afname delictrisico), 1.3 (recidive tijdens strafrechtelijke titel) en 1.5

[16] DJI (2013). Offerteaanvraag Forensische Zorg 2014.

(geweldsincidenten) staan niet in de tabel. Dit zijn vragen naar bijvoorbeeld de gebruikte instrumenten. Het aantal instellingen dat de indicator aanlevert (n) is er per indicator verschillend. Per segment is bepaald of de aanbieder de indicator moet aanleveren.

Tabel 5.2 Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie 2013

	Indicator	n	Minimum (%)	Maximum (%)	Gemiddeld (%)
1.1	**Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek**				
1.1.a	Het percentage cliënten bij wie tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek in kaart is gebracht.	36	0	100	75,9
1.2	**Het op systematische wijze meten van de verandering van het delictrisico**				
1.2.a	Het percentage cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze het delictrisico in kaart is gebracht.	64	0	100	46,8
1.2.c	Het percentage cliënten waarbij het delictrisico tussen voor- en nameting is gestabiliseerd.	56	0	100	22,7
1.2.c	Het percentage cliënten waarbij het delictrisico tussen voor- en nameting is afgenomen.	56	0	100	28,7
1.4	**Drop-out**				
	Eenzijdige beëindigingen t.o.v. het aantal cliënten dat in behandeling/begeleiding is.	72	0	50	9
	Eenzijdige beëindigingen t.o.v. het aantal cliënten wiens behandeling/begeleiding is afgesloten.	69	0	83,3	20

Bron: DJI, Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie, verslagjaar 2013

In de komende jaren kunnen de uitkomsten gevolgd worden in de marktscans.

Ontwikkelingen verslagjaar 2014
In onderstaande tabel staan de prestatie-indicatoren voor het verslagjaar 2014.

Tabel 5.3 Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie 2014

	Indicator	Setting	Type indicator
1	Op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek van de cliënt	FPC/PPC, klinische zorg overig, ambulante behandeling.	Proces (% cliënten waarbij een begin, midden en eindmeting is gedaan)
2	Continuïteit van zorg na afloop strafrechtelijke titel	FPC/PPC, klinische zorg overig, ambulante behandeling, RIBW, FO-instelling, ambulante begeleiding.	Uitkomst (% cliënten dat zorg na afloop nodig heeft (2.1) en een verwijzing heeft ontvangen (2.2))
3	Meten van het delict risico	FPC/PPC, klinische zorg overig, ambulante behandeling.	Proces (% cliënten waarbij beginmeting is gedaan (3.1) en aantoonbaar periodiek is gemeten (3.2))
4	Recidive tijdens strafrechtelijke titel	FPC/PPC, klinische zorg overig, ambulante behandeling, RIBW, FO-instelling, ambulante begeleiding.	Proces (mate van inspanning en beleid recidive)
5	Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst	klinische zorg overig, ambulante behandeling, RIBW, FO-instelling, ambulante begeleiding.	Proces (% cliënten dat voor einde strafrechtelijke titel is beëindigd door patiënt (5.1) of behandelaar (5.2))
6	Geweldsincidenten	FPC/PPC, klinische zorg, overig.	Structuur (% geweldsincidenten tegen medecliënten of naaste betrokkenen dat heeft geleid tot beklagwaardige sanctie (6.1) of separatie (6.2), tegen personeel dat heeft geleid tot beklagwaardige sanctie (6.3) of separatie (6.3))

Bron: DJI (2014). Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie verslagjaar 2014. Type indicator door NZa

Ten opzichte van de indicatoren 2013 is de indicator 2, continuïteit van zorg na afloop van strafrechtelijke titel, nieuw. De overige indicatoren zijn inhoudelijk gewijzigd, bijvoorbeeld meer outputgerichte definities of nadere operationalisering. Een ander verschil ten opzichte van 2013 is dat vanaf verslagjaar 2014 alle aanbieders met een contract met DForZo aan de hand van de indicatoren verantwoording moeten afleggen. Eerder betrof dit alleen aanbieders met een contract vanaf een bepaalde waarde.

Voor het verantwoordingsjaar 2014 worden de indicatoren ook gebruikt bij het toepassen van (ex-post) budgetkortingen. De toegepaste kortingen staan in tabel 2.3. Voor 2014 beperkt zich dit tot twee indicatoren: het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek van de cliënt (indicator 1) en het meten van het delict risico (indicator 3). Van indicator 1 dient voor minimaal 25% van de cliënten een geldige en tijdige beginmeting aanwezig te zijn. Voor indicator 3 geldt dat er bij FPC’s voor 70% en bij de overige segmenten voor 35% van de cliënten een geldige en tijdige beginmeting aanwezig is. Als er van deze indicatoren een lagere norm is gehaald, vindt er een korting van 1% plaats over het budget 2014. Indien een aanbieder de indicatoren niet aanlevert geldt een budgetkorting van 2%.

Ontwikkelingen verslagjaar 2015
Voor het verslagjaar 2015 zijn de prestatie-indicatoren verder ontwikkeld. Er zijn twee nieuwe indicatoren:
- Het meten van de verandering van het recidiverisico (inclusief normering).
- Patiëntervaring over de voortgang van de behandeling of begeleiding.

De indicatoren 1, 3 en de nieuwe indicator *het meten van de verandering van het recidiverisico* hebben betrekking op Routine Outcome Measuring (ROM). Vanaf 1 januari 2015 zijn er verplichte meetinstrumenten om te gebruiken voor deze indicatoren.[17]

De normering van de indicatoren 1 en 3 is voor 2015 niet aangepast. Ook is de nieuwe indicator genormeerd. Voor FPC's moet er voor 70% van de patiënten een geldige en tijdige beginmeting zijn. Voor de PPC's en klinische en ambulante settingen 35%.

5.1.2 Prestatie-indicatoren Doelmatigheid

Voor alle FPC's geldt dat er naast de eerdergenoemde prestatie-indicatoren nog andere indicatoren zijn die toezien op de kwaliteit van zorg, de zogenoemde prestatie-indicatoren Doelmatigheid. Er zijn vier indicatoren die betrekking hebben op de doorlooptijd en een indicator die betrekking heeft op de recidive.

De prestatie-indicatoren Doelmatigheid zijn in samenwerking met het veld gedefinieerd. De indicatoren die betrekking hebben op de doorlooptijd staan in onderstaande tabel.

Tabel 5.4 Prestatie-indicatoren doorlooptijd

	Indicator
1	Percentage Tbs-gestelden met begeleid verlof binnen twee jaar.
2	Percentage Tbs-gestelden met onbegeleid verlof binnen vier jaar.
3	Percentage Tbs-gestelden met transmuraal verlof binnen zes jaar.
4	Percentage Tbs-gestelden met proefverlof / (voorwaardelijke) beëindiging Tbs-maatregel binnen acht jaar.

Bron: DJI

DForZo berekent deze indicatoren voor de aanbieders. De resultaten op de prestatie-indicatoren Doelmatigheid worden besproken in het jaarverslaggesprek.

Voor de indicator die betrekking heeft op de recidive wordt gebruik gemaakt van het onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) om tot instelling specifieke recidivecijfers te komen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn in oktober 2014 naar de Tweede Kamer gestuurd. In 2015 treedt DForZo met de FPC's in overleg op welke wijze deze cijfers zullen worden opgenomen in de set prestatie-indicatoren Doelmatigheid.

Ontwikkelingen verslagjaar 2014 en 2015
Vanaf verslagjaar 2014 geldt dat twee van de vier indicatoren genormeerd zijn. Dit betreft de indicatoren 1 en 4 uit tabel 5.4.
Er wordt een korting van 1% toegepast als aanbieders onder de gestelde norm blijven. Het geld dat hiermee bespaard wordt, vloeit terug naar de Tbs-sector voor kwaliteitsinitiatieven.

[17] De verplichte meetinstrumenten zijn HoNOS, Mate7 (in geval van verslavingsproblematiek) en DROS voor indicator 1 en voor indicator 3 de HCR-20 V3 of de HKT-R. Voor de nieuwe indicator gaat het om afname van de K-factoren uit de HKT-R.

5.2 Stelselindicatoren

In deze paragraaf staan twee sets met indicatoren die meer inzicht geven in het functioneren van het stelsel op geaggregeerd niveau. Het gaat om de recidivecijfers voor Tbs en indicatoren over het functioneren van het stelsel.

5.2.1 Recidive

Het WODC brengt de recidivecijfers in beeld. Recentelijk is er een haalbaarheidsonderzoek afgesloten om de recidivecijfers voor Tbs op instellingsniveau te rapporteren. Er loopt nog een haalbaarheidsonderzoek over het meten van recidive voor de overige forensische zorg.

Het WODC heeft een rapportage gepubliceerd met daarin de recidivecijfers per FPC.[18] In het rapport staat voor elke FPC de geobserveerde recidive afgezet tegen de verwachte recidive. De verwachte recidive is een prognose die verwacht kan worden gelet op de samenstelling van de cliëntgroep. Voor geen enkele FPC is er een significant verschil tussen de geobserveerde en verwachte recidive gevonden. Dit betekent dat er geen aanwijzingen zijn dat het recidivebeeld van bepaalde FPC's in positieve of negatieve zin afwijkt van wat mag worden verwacht, gegeven de samenstelling van hun eigen groep ex-cliënten.[19] Met de sector zal in 2015 besproken worden op welke wijze deze recidivecijfers onderdeel gaan vormen van de totale set van de prestatie-indicatoren Doelmatigheid.

Het nog lopende haalbaarheidsonderzoek gaat om het meten van recidive voor de overige forensische zorg. Enerzijds houdt het haalbaarheidsonderzoek in het opzetten van een meting van de recidive over de jaren 2008 tot en met 2011. De eerste cijfers zullen begin 2015 worden gerapporteerd. Anderzijds omvat het haalbaarheidsonderzoek een structurele meting vanaf 2012. De resultaten van de structurele meting worden vanaf 2016 verwacht.

5.2.2 Functioneren stelsel

Om het functioneren van het stelsel in beeld te brengen, verantwoordt DJI/DForZo zich ook richting het Ministerie van VenJ. Hiervoor zijn de indicatoren stelsel forensische zorg ontwikkeld. Dit zijn acht indicatoren die het functioneren aangeven op vijf gebieden:
- recidivevermindering;
- adequate toeleiding naar de juiste forensische zorg;
- voldoende forensische zorgcapaciteit;
- kwalitatief goede forensische zorg;
- verbetering aansluiting forensische zorg en curatieve zorg.

Deze marktscan is één van de indicatoren voor het meten van voldoende forensische capaciteit. De prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie worden gebruikt om de scores op de gebieden 'kwalitatief goede forensische zorg' en 'verbetering aansluiting forensische zorg en curatieve zorg' te vullen.

---

[18] WODC (2014). Recidivecijfers per FPC, eindrapport van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers op het niveau van de afzonderlijke Tbs-instellingen. http://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/haalbaarheidsonderzoek-recidivecijfers-op-instellingsniveau.aspx.

[19] Brief aan de Tweede Kamer, haalbaarheidsonderzoek recidivecijfers per forensisch psychiatrisch centrum en toezegging benchmarking penitentiaire inrichtingen, 19 november 2014.

5.3 Toezicht IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorg van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.[20]

Indien sprake is van een inspectierapport van de IGZ, worden de uitkomsten besproken met de zorgaanbieder. Afhankelijk van de aard van de eventuele aanbevelingen wordt de uitvoering hiervan gemonitord door DForZo. December 2014 staan er geen aanbieders van forensische zorg op de lijst met instellingen met een maartregel.[21]

5.4 Deelconclusie

In het meerjarenbeleid is inkopen en differentiëren op kwaliteit één van de speerpunten. Voor het verslagjaar 2014 is er een begin gemaakt met normeren van kwaliteitsindicatoren. Op de genormeerde indicatoren worden (ex-post) kortingen toegepast. Het beleid voor 2015 is het verder ontwikkelen en normeren van de indicatoren.

[20] IGZ (2008). Richtlijn voor transparante handhaving, pag. 16.
[21] IGZ (2014). Instellingen en zorgverleners met een maartregel. www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/maatregelen/verscherpt-toezicht/.

6. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid is één van de drie publieke belangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de wachttijden in het algemeen, de gemiddelde wachttijden voor Tbs-passanten en het aantal wachtende Tbs-passanten. Daaropvolgend komen de capaciteitsontwikkeling en bezettingsgraad aan bod. De cijfers voor bovengenoemde indicatoren zijn niet voor alle productgroepen bekend. De wachttijden en de instroom en uitstroom cijfers worden alleen van de FPC's weergegeven. Met betrekking tot de capaciteitsontwikkeling en bezettingsgraad wordt wel uitgegaan van de gehele forensische zorgmarkt, alleen dan exclusief de FPC's en PPC's.

6.1 Wachttijden

Vanuit VenJ bestaan er drie criteria voor de indicatiestelling en plaatsing, namelijk bereikbaarheid, passendheid en tijdigheid. Deze drie indicatoren zijn voor de OFZ nog in ontwikkeling. In paragraaf 6.2 wordt verder ingegaan op de tijdigheid van de plaatsing van Tbs-passanten. Over de passendheid en bereikbaarheid kunnen geen uitspraken gedaan worden aangezien deze cijfers ontbreken. Ten aanzien van de tijdigheid is in 2010 het beleidskader plaatsing gepubliceerd, waarin de wachttijd wordt gedefinieerd als de tijd tussen de intake en de daadwerkelijke plaatsing en de tijd tussen de indicatie en de daadwerkelijke plaatsing. Bij ambulante zorgaanbieders zou er volgens het beleidskader nauwelijks sprake van wachttijd moeten zijn. Over het algemeen start de zorg onmiddellijk. Bij klinische zorg is het uitgangspunt directe plaatsing vanuit detentie, voorlopige hechtenis of na vonnis (onvoorwaardelijke sancties). Wanneer dit niet mogelijk is, moet de cliënt binnen een maximale wachttijd geplaatst worden. Voor Tbs met dwang geldt dat de cliënt binnen 30 werkdagen (aansluitend op detentie) opgenomen moet zijn.

6.2 Wachtende Tbs-passanten voor FPC's

In tabel 6.1 wordt het gemiddeld aantal Tbs-passanten weergeven. Dit zijn Tbs-gestelden waarvan de Tbs-termijn is begonnen en die in de penitentiaire instelling wachten op een opname in een FPC. Het betreft de gemiddelde van 12 maandscores.

Tabel 6.1 Gemiddeld aantal wachtende Tbs-passanten voor een opname in een FPC

	2010	2011	2012	2013
Gemiddeld aantal wachtende Tbs-passanten	33	24	27	22

Bron: DJI, Forensische zorg in getal, 2014.

Ten opzichte van 2010 is het aantal wachtende Tbs-passanten gedaald van 33 wachtenden naar 22 wachtenden. Opgemerkt moet worden dat tussen het aanvangen van de Tbs-maatregel en het plaatsen in een FPC enige tijd kan verstrijken. Zo zijn Tbs-gestelden met een ontslag van rechtsvervolging direct passant op het moment van het onherroepelijk worden van het vonnis. Voorts komt het ook voor dat een Tbs-gestelde zijn beroep intrekt, waardoor de 'oude datum' uitspraak de startdatum

wordt en soms wordt het dossier te laat vanuit het OM aan DJI overgedragen. Het kan ook dat de specifieke zorgvraag aanleiding is dat er niet direct geplaatst kan worden (zoals verstandelijk beperkten). Het aantal passanten zal dus nooit op nul uitkomen.[22]

Aansluitend op tabel 6.1 staat in tabel 6.2 de gemiddelde totale duur van de wachttijd van passanten weergeven in dagen. Met de wachttijd wordt gedoeld op de eerste dag dat de Tbs-passanten in een penitentiaire instelling wachten, totdat zij in een FPC worden geplaatst.

Tabel 6.2 Gemiddelde wachttijd in dagen

	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde wachttijd in dagen	135	124	88	100

Bron: DJI, Forensische zorg in getal, 2014

Als gevolg van een capaciteitsuitbreiding is de totale gemiddelde wachttijd sterk gedaald. In 2009 was het gemiddeld aantal wachtdagen nog 261. Ten opzichte van 2012 is er in 2013 weer een stijging van 88 naar 100 wachtdagen zichtbaar. In het Handboek Forensische Zorg zijn de normen voor de wachttijden beschreven. Zoals eerder vermeld is de maximale wachttijd voor Tbs-gestelden 30 dagen. De gemiddelde wachttijd in 2013 was langer dan drie maanden. Mogelijke verklaringen voor deze afwijking zijn dat de indicatiestelling en vordering/vonnis niet overeenkomen, er lange wachttijden zijn bij de zorgaanbieder, een zorgaanbieder redenen heeft om niet akkoord te gaan met de opname en/of de juiste zorg niet gecontracteerd is.[23]

6.3 Instroom en uitstroom Tbs

In deze paragraaf worden de instroom en uitstroom cijfers van Tbs-gestelden weergeven.

Tabel 6.3 Aantal nieuwe opleggingen met bevel tot verpleging

	2010	2011	2012	2013
Totaal	105	110	106	84

Bron: DJI, Forensische Zorg in getal, 2014

In tabel 6.3 is te zien dat het aantal opleggingen in 2013 met 20% is gedaald ten opzichte van 2010.

In tabel 6.4 is het aantal voorwaardelijke beëindigingen te zien van Tbs-gestelden met een bevel tot verpleging.

Tabel 6.4 Aantal voorwaardelijke beëindigingen

	2010	2011	2012	2013
Totaal	109	151	179	178

Bron: DJI, Forensische Zorg in getal, 2014

[22] DJI (2013). Forensisch zorg in getal 2013, p. 18
[23] DJI (2013). Handboek Forensische Zorg, p. 22

Het aantal beëindigingen van Tbs-gestelden met bevel tot verpleging is toegenomen met 54% ten opzichte van 2010.

6.4 Capaciteitsontwikkeling

De onderstaande tabel geeft het aantal ingekochte bedden per productgroep weer. De ambulante zorg is logischerwijs niet in deze tabel opgenomen, omdat deze zorg extramuraal wordt geboden. Het segment GGZ-begeleiding omvat naast de ingekochte bedden voor ambulante begeleiding ook de ingekochte bedden voor beschermd wonen (RIBW). In het segment VG-begeleiding wordt niet alleen ambulante begeleiding aangeboden, maar ook begeleiding met verblijf (SGLVG-aanbieder).

Tabel 6.5 Aantal ingekochte bedden per productgroep

	2010	2011	2012	2013	2014
Overige FZ					
GGZ-begeleiding	256	304	352	473	709
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	262	251	241	216	189
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	383	405	447	464	489
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	177	220	300	325	317
VG-begeleiding	20	43	70	78	87
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	85	131	151	142	133

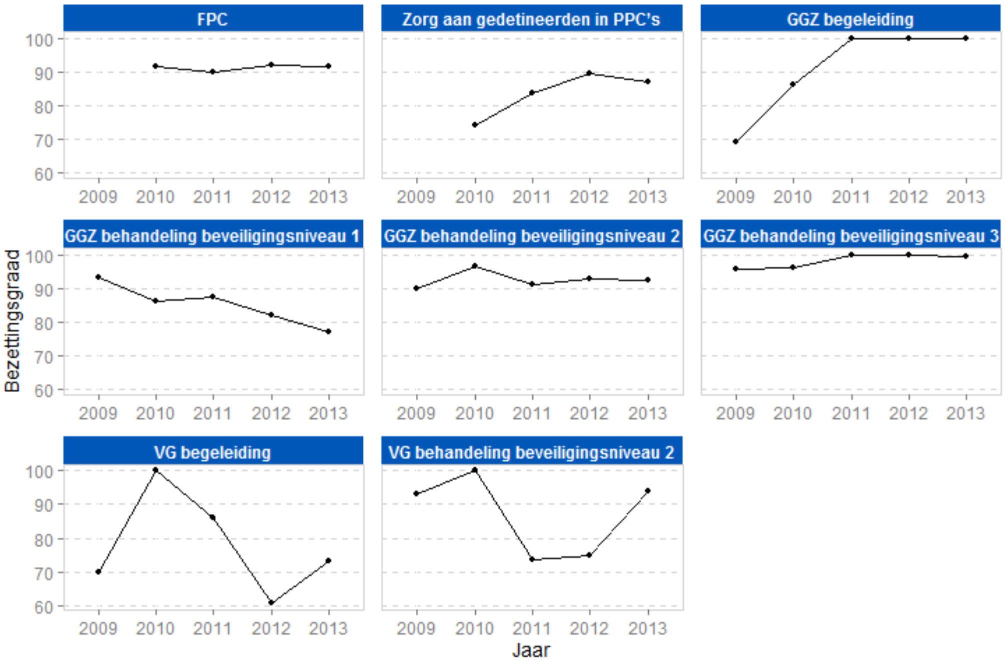
Bron: DForZo

Het aantal ingekochte bedden stijgt tussen 2010 en 2014 in bijna alle productgroepen, behalve binnen de productgroep GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1.

6.5 Bezettingsgraad

In figuur 6.1 is de bezettingsgraad weergeven. De bezettingsgraad is de ratio tussen de afgesproken capaciteit en de geleverde zorg. De bezettingsgraad gaat over het aantal bezette bedden. Daarom wordt in figuur 6.1 in de productgroepen waar ambulante zorg geleverd wordt deze indicator niet berekend. De bezettingsgraad is berekend op basis van de nagecalculeerde aantal dagen gedeeld door het afgesproken aantal dagen per jaar.

Figuur 6.1 Bezettingsgraad



Bron: DForZo

In de groep VG-begeleiding en VG-behandeling beveiligingsniveau 2 is er vanaf 2010 tot 2012 een opvallende daling te signaleren. Dit kan verklaard worden door de uitbreiding van capaciteit die in deze jaren gerealiseerd werd. In 2013 stijgt de bezettingsgraad in beide segmenten weer tussen de 10 en 12%. De bezettingsgraad blijft binnen de FPC's redelijk stabiel. In de productgroep GGZ-begeleiding is vanaf 2009 een opvallende stijging te signaleren naar een bezetting van 100% in 2014. In de rest van de productgroepen schommelt de bezettingsgraad.

6.6 Deelconclusie

In het beleidskader plaatsing van 2010 is de normwachttijd voor een Tbs-gestelde vastgesteld op 30 dagen. In 2013 zijn er 22 Tbs-passanten die wachten om geplaatst te worden in een FPC. De gemiddelde wachttijd van deze groep is in 2013 100 dagen.

Uit de instroom en uitstroom cijfers van Tbs blijkt dat ten opzichte van 2010 het aantal opleggingen in 2013 is gedaald. De uitstroomcijfers zijn daarnaast gestegen.

Er is sprake van een stijgende capaciteitsontwikkeling in bijna alle productgroepen met uitzondering van de productgroep GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1. De bezettingsgraad blijft echter over de jaren heen schommelen. Alleen bij de FPC's blijft de bezettingsgraad stabiel.

7. Aansluiting en vergelijking FZ en GGZ

Het vorige hoofdstuk over toegankelijkheid raakt in zekere zin twee aspecten. Eén aspect is de toegankelijkheid van de FZ, zoals besproken in hoofdstuk 6. Het andere aspect is de toegankelijkheid van de FZ naar de GGZ en andersom. Dit is een relevant aspect, omdat in 2003 de IGZ geoordeeld heeft dat de toegankelijkheid van de FZ naar de GGZ onvoldoende was. In dit hoofdstuk wordt daarom aansluitend op het vorige hoofdstuk ingegaan op de aansluiting tussen FZ en GGZ.

Allereerst wordt in dit hoofdstuk een uitleg gegeven over de naderende wetgeving in zowel de FZ en GGZ. Vervolgens wordt er gekeken naar de beleidsregel Overheveling FZ-Zvw. Tenslotte wordt er een vergelijking tussen FZ en GGZ gemaakt voor de cliëntpopulaties en het zorgtraject. Beide zorgmarkten vertonen in hoge mate overeenkomsten in de behandeling van geestelijke problematiek. Door een vergelijking te maken met de GGZ is de verwachting dat de lezer een meer helder beeld krijgt van de gemiddelde FZ-cliënt en diens zorgtraject.

7.1 Wetgeving FZ en GGZ

FPA's en FPK's zijn een onderdeel van GGZ aanbieders en zijn bedoeld om de GGZ toegankelijker te maken voor cliënten uit de FZ. Zoals eerder benoemd heeft de IGZ geoordeeld dat de toegankelijkheid van de GGZ na FZ onvoldoende was en dat er sprake was van een schot tussen beide zorgmarkten. Het capaciteitstekort in de GGZ en het ontbreken van een vangnetconstructie waren mede debet aan het ontoegankelijke klimaat tussen beide zorgvormen. Ook het vrijwillige karakter van de GGZ ten opzichte van de verplichte FZ speelde daar een belangrijke rol in.

Voldoende capaciteit binnen de GGZ, de mogelijkheid om terug te keren naar de FZ en de verplichte GGZ zijn voorwaardes voor een goede aansluiting tussen de FZ en de GGZ. Om dit te faciliteren heeft de wetgever twee nieuwe wetten opgesteld: de Wet Forensische Zorg (Wfz) en de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGGZ). Beide wetten treden naar verwachting binnenkort in werking. Door de WVGGZ wordt verplichte GGZ mogelijk voor zowel opname als voor een ambulant traject. Het doel van de wet is om verplichte zorg meer op maat te geven. De omgeving van de cliënt gaat een grotere rol spelen in de besluitvorming. Daarnaast wordt er door de WVGGZ gestreefd naar een lagere instroom voor de FZ door de verplichte opname in de GGZ.

Met de invoering van deze wetten wordt het mogelijk om op last van de rechter in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. De toegankelijkheid van de FZ en de GGZ wordt daarmee vergroot wat de continuïteit van zorg voor dergelijke cliënten, ook buiten de FZ, ten goede komt.

DForZo is begonnen met het project Instroom, Doorstroom en Uitstroom in de FZ. De deelresultaten worden nu verwerkt en het project is wegens herprioritering tijdelijk stilgelegd. Uit de praktijk is gebleken dat cliënten regelmatig te lang op een te hoog beveiligingsniveau verblijven. Eén van de doelstelling van VenJ is om de doorstroming binnen de FZ de verbeteren om de kosten te drukken en om de uitstroom van FZ naar GGZ beter te laten plaatsvinden.
De instroom, doorstroom en uitstroom cijfers zijn nog niet bekend bij DForZO. Daarom wordt er in deze marktscan niet verder op ingegaan.

7.2 Beleidsregel Overheveling FZ-Zvw

Zoals vermeld in hoofdstuk 2.4.4 is er vanuit de NZa een nieuwe beleidsregel (Overheveling FZ-Zvw, met kenmerk AL/BR-0019) vastgesteld om budgetten tussen de FZ en de GGZ te kunnen overhevelen. Deze beleidsregel speelt in op de gestelde schottenproblematiek. De financiering van zorg is in zowel de GGZ als de FZ complex. De verschillende financieringsstromen van de FZ en de GGZ hebben elk hun eigen administratieve logica, maar de vormen van zorg komen wel in hoge mate overeen.

In het rapport van de RVZ[24] wordt geconcludeerd dat de reguliere GGZ (gefinancierd vanuit Zvw en AWBZ) en de FZ (gefinancierd vanuit de FZ) niet goed op elkaar aansluiten. Hierdoor komt de continuïteit van zorgverlening voor de (ex)-forensische doelgroep in het geding. Met name de verschillende financierings- en bekostigingsregimes in strafrechtelijk en civiel kader zorgen voor een aantal knelpunten in de praktijk. De omvang van de doelgroep is vooraf weliswaar goed in te schatten, maar het is lastig planbaar onder welke titel (strafrechtelijk of civiel) de mensen in de zorg verblijven. Hierdoor komt het voor dat op zorgaanbiederniveau in totaal voldoende capaciteit is ingekocht, maar er een tekort aan capaciteit ontstaat in een van de twee hiervoor genoemde deelsegmenten (zorg voor mensen die op strafrechtelijke respectievelijk civielrechtelijke titel in zorg verblijven), terwijl in het andere deelsegment capaciteit over is. Om dit knelpunt op te lossen is betere afstemming van het inkoopbeleid nodig van verzekeraars en DJI en het deels ontschotten van de financiering. De beleidsregel 'Overheveling FZ-Zvw' beoogt hiervoor een oplossing te bieden door, nadat overheveling heeft plaatsgevonden, de ministeries (VenJ en VWS) te informeren over het totaalbedrag aan overhevelingen. Hierdoor kunnen de ministeries waar nodig inspelen op de benodigde capaciteit door het aanpassen van de macrokaders.

Voor de marktscan is gekeken of zorgaanbieders na inwerkingtreding van de beleidsregel melding hebben gemaakt bij de NZa van overheveling van middelen uit de productieafspraken in de FZ naar de Zvw of vise versa. Sinds de inwerkingtreding op 1 januari 2014 zijn er geen meldingen bij de NZa binnen gekomen. Dit betekent vooralsnog dat de inwerkingtreding van de beleidsregel voor partijen geen uitkomst is voor het ontschotten van de financiering tussen de FZ en de reguliere GGZ.

7.3 Vergelijking van de FZ en GGZ

In deze paragraaf worden twee elementen naar voren gebracht voor de vergelijking tussen de FZ en de GGZ. Ten eerste worden de cliëntpopulaties vergeleken op leeftijd, geslacht, GAF-score, stoornissen en percentage nevendiagnoses. Als laatste wordt het zorgtraject vergeleken op basis van meest voorkomende activiteiten in directe en indirecte tijd voor twee hoofddiagnoses en de inzet van de behandelaren.

[24] RVZ (2012). Stoornis en delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten.

7.3.1 Cliëntpopulatie

In de onderstaande tabel is de gemiddelde leeftijd van de FZ en GGZ cliëntpopulatie weergeven.

Tabel 7.1 Gemiddelde leeftijd

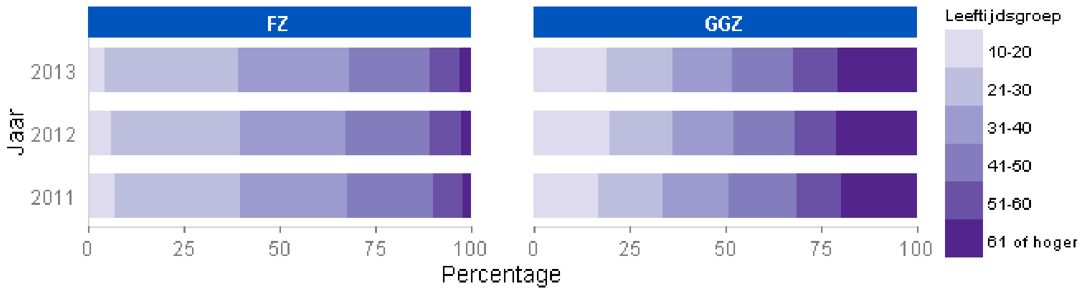
	2010	2011	2012	2013
FZ				
Gemiddelde leeftijd	35,6	35,2	35,4	35,7
GGZ				
Gemiddelde leeftijd	37,1	37,0	35,3	36,8

Bron: DIS

In tabel 7.1 is te zien dat de gemiddelde leeftijd in de GGZ niet veel hoger ligt dan in de FZ.

Om te laten zien waar precies de verschillen zitten in leeftijd is in figuur 7.1 de spreiding van de leeftijdscategorieën voor de FZ en de GGZ weergeven.

Figuur 7.1 Leeftijd in categorieën

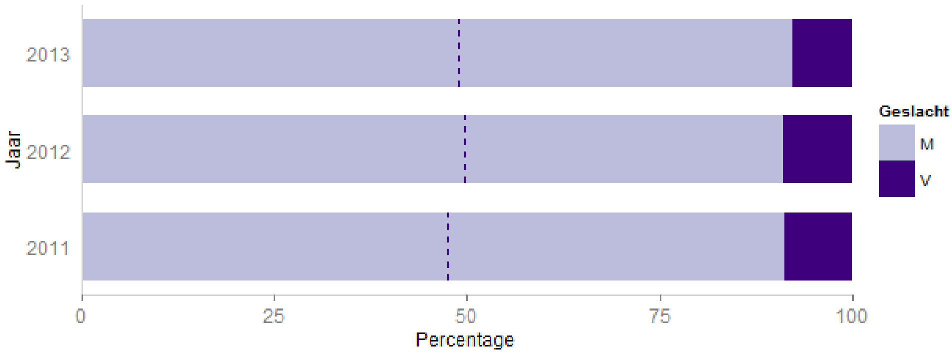


Bron: DIS

Binnen de GGZ zijn er twee leeftijdscategorieën waarin beduidend meer cliënten voorkomen dan in de FZ. In de leeftijdscategorie 10-20 jaar zijn er circa 10 tot 15% meer cliënten. Dit is logisch, omdat het in deze scan gaat over FZ voor volwassenen. Ook in de leeftijdscategorie 61 jaar of hoger zijn er circa 17 tot 19% meer cliënten dan in de FZ. In de FZ bevinden zich de meeste cliënten in de leeftijdscategorieën 21-30 en 31-40 jaar.

In onderstaande figuur zijn de percentages cliënten per geslacht weergegeven. De stippellijn geeft de verdeling van de percentages in de GGZ weer.

Figuur 7.2 Geslacht



Bron: DIS

In de FZ zijn de cliënten overwegend mannen. Slechts een klein deel (circa 8 tot 10%) van de cliënten is vrouw. Dit verschilt van de GGZ waar de cliënten uit ongeveer evenveel mannen als vrouwen bestaan.

In tabel 7.2 worden de FZ en GGZ populaties vergeleken op basis van de meest voorkomende stoornissen met als peildatum 2013. De meest voorkomende stoornissen zijn gepresenteerd in een top vijf.

Tabel 7.2 Aantal meest voorkomende hoofddiagnoses in 2013[25]

	FZ	(%)	GGZ	(%)
1.	Middelen afhankelijkheid	23,5%	Depressie	13,0%
2.	Persoonlijkheidsstoornis	15,1%	Angststoornis	10,3%
3.	Schizofrenie	6,1%	Persoonlijkheidsstoornis	7,1%
4.	Impulsbeheersing	4,5%	Aandacht tekort	6,6%
5.	Stoornis uit de kindertijd	4,3%	Schizofrenie	4,7%

Bron: DIS

In de tabel is te zien dat er twee overeenkomstige hoofddiagnoses zijn in de FZ en GGZ: schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Beide hoofddiagnoses komen in de FZ-populatie in meerdere mate voor. Voor schizofrenie is er een verschil tussen de FZ en de GGZ-populatie van 1,4%, terwijl het verschil van de persoonlijkheidsstoornissen 8% is.

In de onderstaande tabel zijn de gemiddelde GAF-scores (General Assessment of Functioning) bij aanvang van het zorgtraject per jaar voor de FZ en de GGZ uiteengezet. Een GAF-score is een getal dat inzicht geeft in het psychische en sociaal functioneren van de cliënt.

Tabel 7.3 GAF-score

	2010	2011	2012	2013	2014
Gemiddelde GAF-score FZ	46,6	46,3	46,1	47,5	48,0
Gemiddelde GAF-score GGZ	57,5	57,2	56,2	56,0	55,4

Bron: DIS

[25] Tabel 7.2 is gebaseerd op de hoofddiagnose uit het zorgtraject en de daarbij behorende DB(B)C (overeenkomstige diagnose code) in 2013.

In de populatie van de FZ ligt de gemiddelde GAF-score lager. Dit betekent dat behandelaren het psychisch en sociaal functioneren van de cliënten binnen de FZ lager beoordelen dan van de cliënten in de GGZ.

In tabel 7.4 is een weergave te zien van het percentage cliënten met één of meer nevendiagnoses. Er is deze tabel een onderverdeling gemaakt tussen nevendiagnoses op as 1 en op as 2. De behandelaar heeft de mogelijkheid om binnen vijf classificaties diagnoses te registreren. Op as 1 en as 2 kunnen beide nevendiagnoses geregistreerd worden. Op as 1 bevinden zich alle klinische stoornissen en op as 2 bevinden zich persoonlijkheidsstoornissen.[26]

Tabel 7.4 Nevendiagnoses in percentages

	2010	2011	2012	2013
FZ				
Cliënten met één nevendiagnose op as 1	31,9%	31,1%	30,9%	29,8%
Cliënten met meer dan één as 1 nevendiagnoses	17,5%	42,4%	45,8%	45,5%
Cliënten met één nevendiagnose op as 2	53,5%	54,9%	54,4%	53,7%
Cliënten met meer dan 1 as 2 nevendiagnoses	16,9%	16,8%	15,8%	15,1%
GGZ				
Cliënten met één nevendiagnose op as 1	26,6%	27,5%	28,7%	29,5%
Cliënten met meer dan één 1 as 1 nevendiagnoses	13,2%	14,1%	16,1%	16,7%
Cliënten met één nevendiagnose op as 2	43,1%	42,7%	42,0%	42,6%
Cliënten met meer dan één 1 as 2 nevendiagnoses	4,1%	3,9%	3,7%	3,3%

Bron: DIS

Uit tabel 7.4 blijkt dat er twee verschillen zijn te signaleren tussen de FZ-populatie en de GGZ-populatie. Bij de GGZ-populatie is de percentage cliënten met één nevendiagnose op as 2 gemiddeld tussen de 10 en 12% lager dan bij FZ. Daarentegen heeft de GGZ-populatie een zeer laag percentage cliënten met meer dan één nevendiagnoses op as 2, in tegenstelling tot de FZ-populatie. In de FZ liggen deze percentages gemiddeld tussen de 11 en 13% hoger. Al met al is in de FZ de percentage cliënten bij wie meerdere nevendiagnoses op as 1 en/of as 2 worden geregistreerd hoger dan in de GGZ.

7.3.2 Zorgtraject

Om het verloop van het zorgtraject te beschrijven is er uitgegaan van twee veelvoorkomende hoofddiagnoses, die tussen de FZ en GGZ goed vergelijkbaar zijn: persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. De analyses hebben betrekking op het jaar 2013.

Als eerste is er gekeken naar de meest voorkomende activiteiten in directe en indirecte tijd. In tabel 7.5.a staat de top vijf meest voorkomende activiteiten besteed in directe tijd. Dit is de tijd dat er daadwerkelijk contact is met de cliënt.

[26] DBC-onderhoud (2014). Spelregels FZ 2015, p.25

In tabel 7.5.b staat de top vijf meest voorkomende activiteiten in indirecte tijd. De indirecte tijd is de tijd waarin de behandelaar bezig is met werkzaamheden omtrent de behandeling waarbij er geen sprake van direct contact met de cliënt.

Tabel 7.5.a Top vijf meest voorkomende activiteiten (directe tijdsbesteding)

	FZ	(%)	GGZ	(%)
1.	Individuele behandeling	59,4%	Individuele behandeling	70,7%
2.	Groepstherapie	21,8%	Groepstherapie	9,7%
3.	Verlofbegeleiding	2,8%	Farmacotherapie	7,4%
4.	Farmacotherapie	2,6%	Psychiatrisch onderzoek	2,9%
5.	Systeemtherapie met cliënt (ouders/gezin)	2,1%	Intake & screening	1,8%

Bron: DIS

Tabel 7.5.b Top vijf meest voorkomende activiteiten (indirecte tijdsbesteding)

	FZ	(%)	GGZ	(%)
1.	Interne cliëntbespreking	35,4%	Cliënt individueel	32,9%
2.	Verslaglegging algemeen	17,1%	Interne cliëntbespreking	26,1%
3.	Cliënt individueel	14,7%	Extern overleg met derden (buiten de instelling)	10,2%
4.	Zorg coördinatie	12,1%	Zorg coördinatie	8,3%
5.	Cliënt in groep	4,7%	Verslaglegging algemeen	8,2%

Bron: DIS

In vergelijking met de GGZ wordt er procentueel bij de meest voorkomende activiteiten minder directe tijd besteed aan de individuele behandeling. Deze trend is ook te signaleren voor de meest voorkomende activiteiten in indirecte tijd.

In de onderstaande tabel is het percentage besteed aan directe en indirecte tijd vergeleken tussen de FZ en de GGZ.

Tabel 7.6 Percentages besteed aan directe tijd en indirecte tijd

	Directe tijd	Indirecte tijd
FZ		
Schizofrenie	42,2%	57,8%
Persoonlijkheidsstoornissen	39,9%	60,1%
GGZ		
Schizofrenie	49,1%	50,9%
Persoonlijkheidsstoornissen	45,1%	54,9%

Bron: DIS

In de FZ is het aandeel directe tijd kleiner dan in de GGZ, zowel voor de cliënten met schizofrenie als voor de cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Afsluitend voor de vergelijking van het zorgtraject van de FZ en GGZ is in de onderstaande tabellen een top vijf gepresenteerd van de inzet van de behandelaren uiteengezet in percentages van indirecte en directe tijd. De tabellen zijn opgesplitst naar de twee hoofddiagnoses.

Tabel 7.7.a Inzet behandelaren voor persoonlijkheidsstoornissen

	FZ	(%)	GGZ	(%)
1.	GZ-psycholoog	26,1%	Psychotherapeut	14,8%
2.	Maatschappelijk werker	12,6%	Sociaal Psychologisch Verpleegkundige	12,8%
3.	Psycholoog	10,8%	Verpleegkundige	11,6%
4.	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener	9,3%	GZ-psycholoog	10,9%
5.	Verpleegkundige	7,4%	Psychiater	8,6%

Bron: DIS

Tabel 7.7.b Inzet behandelaren voor schizofrenie

	FZ	(%)	GGZ	(%)
1.	GZ-psycholoog	19,1%	Verpleegkundige	25,0%
2.	Maatschappelijk werker	13,3%	Sociaal Psychologisch Verpleegkundige	22,6%
3.	Psychiater	10,0%	Psychiater	11,3%
4.	Verpleegkundige	8,7%	Arts	9,7%
5.	Psycholoog	7,1%	Maatschappelijk werker	6,1%

Bron: DIS

Uit bovenstaande tabellen blijkt dat de inzet van de behandelaren tussen de FZ en GGZ verschilt.

7.4 Deelconclusie

In dit hoofdstuk is de aansluiting tussen de FZ en de GGZ in kaart gebracht. Door de naderende wetgeving voor zowel de FZ en GGZ is de verwachting dat er een toegankelijker klimaat ontstaat in de doorstroom. Sinds de inwerkingtreding van de beleidsregel Overheveling FZ-Zvw zijn er geen meldingen bij de NZa binnen gekomen om middelen uit de productieafspraken in de FZ naar de Zvw of vise versa over te hevelen. Dit betekent vooralsnog dat de inwerkingtreding van de beleidsregel voor partijen geen uitkomst is voor het ontschotten van de financiering tussen de FZ en de reguliere GGZ.

Om beter te kunnen oordelen over de verschillen en overeenkomsten tussen de FZ en GGZ is voor het eerst in de marktscan een vergelijking gemaakt van de cliëntpopulaties en de bijbehorende zorgtrajecten.

In de FZ cliëntpopulatie komen de leeftijdscategorieën 21-30 jaar en 31-40 jaar het meest voor.

In de GGZ is de leeftijdsopbouw meer verdeeld. De FZ cliëntpopulatie bestaat uit hoofdzakelijk mannen (90 tot 92%) terwijl er in de GGZ evenveel mannelijke (48 tot 50%) als vrouwelijke (50 tot 52%) cliënten zijn. De GAF-score (een indicatie van het psychisch en sociaal functioneren) ligt in de FZ gemiddeld lager dan in de GGZ.

Afhankelijkheid van middelen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie zijn de meest voorkomende stoornissen in de FZ. In de GGZ komen depressie en angststoornissen, naast persoonlijkheidsstoornissen met name voor. Veel cliënten in zowel de FZ als de GGZ hebben naast hun hoofddiagnose een nevendiagnose (klinische en/of persoonlijkheidsstoornis). Cliënten met meer dan één nevendiagnosen komen in de FZ relatief meer voor dan in de GGZ.

Het zorgtraject is nader in beeld gebracht voor twee veelvoorkomende en goed vergelijkbare stoornissen: persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. In de GGZ wordt er meer tijd besteed aan individuele behandeling bij de meest voorkomende activiteiten. Het aandeel directe tijd besteed aan de behandeling is in de FZ kleiner dan in de GGZ. De inzet van de behandelaren tussen de FZ en GGZ verschilt.

Bijlage 1. Zorgtitels Forensische Zorg

	Omschrijving en artikelnummer
1.	Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo. 39 Sr)
2.	Tbs met dwangverpleging (art. 37a jo. 37b Sr)
3.	Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
4.	Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt)
5.	Tbs met proefverlof (art. 51 Bvt)
6.	Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr)
7.	Tbs met voorwaarden (art. 38a Sr)
8.	Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)
9.	Sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 Sv)
10.	Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv)
11.	Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 Sv)
12.	Plaatsing t.b.v. pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv)
13.	Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw
14.	Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw
15.	ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr)
16.	ISD (art. 38 m Sr)
17.	Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw)
18.	Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
19.	Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
20.	Voorwaardelijke Invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr)
21.	Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257A Sv lid 3)
22.	Voorgenomen indicatiestelling
23.	Fpt proefverlof
24.	Fpt voorwaardelijke beëindiging
25.	Verdiepingsdiagnostiek

Bijlage 2. Bronnen & Methoden

In deze bijlage worden de belangrijkste gegevensbronnen beschreven. Vervolgens wordt bij enkele analyses een extra toelichting gegeven op de gebruikte methoden.

Met DForZo is gedurende de totstandkoming van de marktscan veelvuldig contact geweest over de gegevens en analyses. Er zijn door DForZo steekproeven uitgevoerd op de gepresenteerde cijfers in de tabellen en grafieken. Er is getracht zoveel mogelijk aansluiting te krijgen op de cijfers van Forensische Zorg in getal. Door de gehanteerde segmentering kan er verschil zitten in de presentatie van de cijfers.

Algemeen

Kwantitatieve data
- Bron: DForZo.
- Algemeen: DforZo beschikt als inkoper over inkoopgegevens en realisaties, zowel in budgetparameters (alle jaren) als in DBBC's, ZZP's en extramurale parameters. Deze gegevens zijn gebruikt in de hoofdstukken marktstructuur, betaalbaarheid en toegankelijkheid. De gegevens over alle jaren zijn geactualiseerd in vergelijking tot de marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2013 wat tot kleine veranderingen in de resultaten heeft geleid.
- Opmerkingen voor het budgetsystematiek:
  - Afspraken, realisatie en nacalculatie cijfers zijn op zorgcategoriecode-niveau gebruikt.
  - De nacalculatie cijfers zijn voor 2009 t/m 2012 redelijk compleet (in 2009 ontbreken de gegevens van 1 instelling en in 2012 ontbreken de gegevens van 3 instellingen). Voor 2013 is nog niet definitief afgerekend, waardoor de nacalculaties nog niet bekend zijn. Hierdoor gebruiken we voor 2013 de niet nagecalculeerde realisaties voor een benadering van het uitbetaalde bedrag.
  - De definitieve prijs- en loon indexaties zijn niet meegenomen.
  - Bij de afspraken, realisatie en nacalculatie cijfers van 2013 en 2014 zijn de efficiencykortingen van 2,3% respectievelijk 4,5% niet meegenomen.
  - Registratie van aanbestedingen is onvolledig.
  - Declaratieovereenkomsten en eenmalige zorgtoeleidingen zijn niet meegenomen.
  - Voor de FPC's zijn de gerealiseerde budgetten gebruikt uit de subsidievaststellingsbrieven. Deze bedragen zijn exclusief DJI brede overhead.
  - Gegevens over het Gevangeniswezen zijn uit de begroting overgenomen. Dit zijn de gerealiseerde kosten exclusief DJI brede overhead. Bedrag en aantal voor 2009 betreffen alleen het naar DForZo overgehevelde gedeelte.
- Opmerkingen voor de DBBC- en ZZP-systematiek en extramurale parameters:
  - Voor de ZZP's en extramurale parameters zijn afspraken en realisatie cijfers op zorgparameter-niveau gebruikt.
  - DBBC-afspraken en realisatie cijfers zijn op deelprestatie-niveau gebruikt.
  - De DBBC-realisatie cijfers zijn onvolledig, waardoor de interpretatie van de resultaten met betrekking tot deze cijfers met een zekere mate van onzekerheid moet gebeuren.

De forensische zorgmarkt

Bronnen:
- Masterplan DJI 2013-2017
- Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013–2017
- DJI: Handboek forensische zorg – 2de versie (september 2013)
- DJI: Meerjarenbeleid Inkoop Forensische Zorg 2014–2017
- DJI: Offerte-aanvraag Forensische Zorg 2014
- NZa: BR/FZ-0017, Overgang naar DBBC-bekostiging in de forensische zorg
- www.eerstekamer.nl, 32.398 Wet forensische zorg
- www.eerstekamer.nl, 32.399 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
- www.eerstekamer.nl, 31996 Wet Zorg en Dwang
- www.forensischezorg.nl

Marktstructuur

Aantal zorgaanbieders
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: budgetrealisaties en aanbestedingscontracten 2010 t/m 2013 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2010 t/m 2013 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2010 t/m 2013.
- Methode: het aantal zorgaanbieders per productgroep wordt bepaald door het aantal zorgaanbieders (unieke kostenplaatsen) met realisaties in budgetparameters. Aantal FPC's is gelijk aan het aantal zorgaanbieders met afrekening. Gevangeniswezen telt als één aanbieder in het productgroep Zorg aan gedetineerden in PPC's.

Aantal toe- en uittreders
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: budgetrealisaties en aanbestedingscontracten 2010 t/m 2013 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2010 t/m 2013 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2010 t/m 2013.
- Methode: Een aanbieder die in het voorafgaande jaar geen realisaties had in de gegeven productgroep is een toetreder. Een uittreder is een aanbieder die in het voorgaande jaar wel realisatie had in de gegeven productgroep, maar in het betreffende jaar geen realisatie had in de productgroep.

Financiële positie zorgaanbieders: aandeel FZ binnen instelling, liquiditeit, solvabiliteit
- Bron: DigiMV 2012.
- Gebruikte data: De volgende posten uit de (concern) balans en resultatenrekening 2012 worden gebruikt: totaal opbrengst, totaal opbrengst volgens jaarrekening VenJ, totaal activa, totaal eigen vermogen, vlottende activa en kortlopende schulden.
- Methode: In het DigiMV wordt per concern aangegeven welke zorgtypen worden gerealiseerd. In de analyse zijn alle concerns opgenomen die in het DigiMV aangeven een vorm van FZ te leveren. Het marktaandeel is gedefinieerd als de totale opbrengst volgens jaarrekening VenJ gedeeld door de totaal opbrengst van het concern. De solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door de totale activa. De liquiditeit is gedefinieerd als het totaal vlottende activa gedeeld door de kortlopende schulden. De schulden uit hoofde van financieringsoverschot zijn buiten beschouwing gebleven om vergelijkbaarheid met eerdere marktscans te bewaken.

Betaalbaarheid

Inkoopafspraken budgetparameters
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afgesproken bedragen 2009 t/m 2014 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afgesproken bedragen 2009 t/m 2013 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2013.
- Methode: afgesproken bedragen zijn per productgroep opgeteld.

Inkoopafspraken DBBC
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: DBBC afspraken 2011 t/m 2014 van FPC's en overige forensische zorg zorgaanbieders.
- Methode: afgesproken bedragen zijn per deelprestatie opgeteld.

Inkoopafspraken ZZP en extramurale parameters
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afspraken 2011 t/m 2014 van ZZP en extramurale parameter van overige forensische zorg zorgaanbieders.
- Methode: afgesproken bedragen zijn per type zorg opgeteld.

Realisatie budgetparameters
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: nacalculatie bedragen 2009 t/m 2012 en realisatiebedrag 2013 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2009 t/m 2012 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2013.
- Methode: nacalculatie-/realisatiebedragen van aanbieder zijn per productgroep opgeteld.

Realisatie DBBC
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: DBBC afspraken 2011 t/m 2013.
- Methode: realisatie bedragen zijn per deelprestatie opgeteld.

Realisatie ZZP en extramurale parameters
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: realisaties bedragen 2011 t/m 2013 van ZZP en extramurale parameter van overige forensische zorg zorgaanbieders.
- Methode: realisatie bedragen zijn per type zorg opgeteld.

Onder- en overproductie
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: nacalculatie bedragen 2009 t/m 2012 en realisatiebedrag 2013 en afgesproken budgetten 2009 t/m 2013 van aanbieder van overige forensische zorg.
- Methode: verschil van realisatie/nacalculatie en afspraak op productgroep niveau.

Prijsdifferentiatie
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afgesproken bedragen en aantallen 2010 t/m 2014 van zorgaanbieders van overige forensische zorg en maximum tarieven gesteld door de NZa.
- Methode: afgesproken prijzen zijn berekend door het afgesproken bedrag door het afgesproken aantal te delen per jaar, instelling en zorgcategoriecode. De relatieve prijzen zijn t.o.v. de maximum tarieven berekend door de afgesproken prijzen te delen door de maximum tarieven.

Prijsontwikkeling
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afgesproken bedragen en aantallen 2009 t/m 2014 van zorgaanbieders van overige forensische zorg.
- Methode:
  - Alleen die zorgcategorieën die in alle jaren voorkomen zijn meegenomen in de analyse. We hebben het volume van jaar 2009 als basis jaar genomen.
  - Afgesproken prijzen zijn berekend door het afgesproken bedrag door het afgesproken aantal te delen per jaar, instelling en zorgcategoriecode.
  - De gewogen omzet in jaar t is berekend door de afgesproken prijzen in jaar t te vermenigvuldigen met het afgesproken aantal in jaar 2009.
  - De Paasche index is berekend door de gewogen omzet in jaar t te delen door de omzet in jaar 2009.

Kwaliteit

Bronnen:
- DJI, offerteaanvraag Forensische Zorg 2014
- DJI, Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie verslagjaar 2013
- DJI, Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie eindrapportage
- DJI, kernset, Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie verslagjaar 2014
- DJI, Indicatoren stelsel forensische zorg, stand van zaken, juni 2014
- Ministerie van VenJ, Recidivecijfers per forensisch psychiatrisch centrum, brief van 14 november 2013 aan Voorzitter van de Tweede Kamer
- WODC, recidivecijfers per instelling, Tussenrapportage van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers als onderdeel van de kwaliteitszorg in de Tbs-sector
- DJI, Inkoopplan 2015 forensische zorg, augustus 2014
- DJI, Planning & Control 2014 Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra (Particuliere inrichtingen), 20 september 2013
- DJI, handleiding Planning & Control Particulier 2015, 22 augustus 2014

Toegankelijkheid

Wachttijden
- Bron: Forensische Zorg in Getal, 2013
- Bron: Handboek Forensische Zorg, 2012

Aantal bedden
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afgesproken aantal dagen van 2009 t/m 2014 van zorgaanbieders van overige forensische zorg en de productie in plaatsen voor zorg aan gedetineerden in PPC's.
- Methode overige forensische zorg: afgesproken aantal dagen voor budgetparameters gedeeld door het aantal dagen in het jaar (alleen berekend voor intramurale zorg).

Bezettingsgraad
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afgesproken aantal dagen van 2009 t/m 2013, nacalculatie aantal dagen 2009 t/m 2012 en realisatie aantal dagen 2013 van zorgaanbieders van overige forensische zorg en bezettingsgraad van FPC en PPC.

– Methode overige forensische zorg: Gerealiseerd/nagecalculeerd aantal dagen gedeeld door afgesproken aantal dagen voor budgetparameters (alleen berekend voor intramurale zorg).

Aansluiting en vergelijking FZ en GGZ

De indicatoren gebruikt voor hoofdstuk 7 zijn afgeleid van het onderzoek van Fiona Suwandy (2013), *Een onderzoek naar verklaringen voor het verschil in tarieven voor de curatieve GGZ en de Forensische Zorg*.

Patiëntenpopulatie
- Bron: DIS.
- Gebruikte data: het landelijke DBC-informatiesysteem DIS GGZ en FZ.
- Methode:
  - Voor de FZ en GGZ is per patiënt de leeftijd per startjaar van het DBC-traject bepaald. De aantallen zijn verdeeld over 6 leeftijdsgroepen.

Patiënten geslacht
- Bron: DIS.
- Gebruikte data: het landelijke DBC-informatiesysteem DIS GGZ en FZ.
- Methode:
  - Voor de FZ en GGZ is per patiënt het geslacht per startjaar van het DBC-traject bepaald.

Aantal meest voorkomende stoornissen 2013
- Bron: DIS.
- Gebruikte data: het landelijke DBC-informatiesysteem DIS GGZ en FZ.
- Methode:
  - Voor de FZ en GGZ is de top vijf van meest voorkomende hoofdstoornissen in 2013 bepaald. Een hoofdstoornis is de primaire diagnose van het zorgtraject.

Gemiddelde aanvang GAF-score
- Bron: DIS.
- Gebruikte data: het landelijke DBC-informatiesysteem DIS GGZ en FZ.
- Methode:
  - Voor de FZ en GGZ is per startjaar van het DBC-traject de gemiddelde GAF-score bij aanvang bepaald. GAF-score bij aanvang zijn diagnoses waarvan de code begint met 'AS5_01'.
  - Van de DBC-trajecten behorend bij de diagnose is het totaal van GAF-scores opgeteld en door het aantal patiënten gedeeld.

Nevendiagnoses in percentage
- Bron: DIS.
- Gebruikte data: het landelijke DBC-informatiesysteem DIS GGZ en FZ.
- Methode:
  - Voor de FZ en GGZ is per startjaar van het DBC-traject het aantal nevendiagnoses geteld.
  - Een nevendiagnose is getypeerd als een diagnose waarvan de code start met 'AS1' of ' AS2' en ongelijk is aan de gestelde hoofddiagnose.

Top vijf meest voorkomende activiteiten directe en indirecte tijdsbesteding in 2013
- Bron: DIS.
- Gebruikte data: het landelijke DBC-informatiesysteem DIS GGZ en FZ.
- Methode:
  - Voor de FZ en GGZ is de top vijf van meest voorkomende activiteiten met startjaar DBC-traject 2013 het totaal aan indirecte tijdsbesteding bepaald

- De top vijf van activiteiten gelden voor de productgroepen schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen
- Indirecte tijd is de algemeen indirecte tijd + de patiëntgebonden reistijd.

Bijlage 5. Omschrijving van de markt

Bronnen:

- DJI (2012). Handboek Forensische Zorg
- DJI (2013). Handboek Forensische Zorg
- DJI (2012). Uitvoeringsregels Forensische Zorg 2012
- www.forensischezorg.nl
- www.ivenj.nl
- www.igz.nl
- www.nza.nl

Bijlage 3. Afkortingen

Afkorting	Naam
3RO	3 Reclasseringsorganisaties: RN, LdH en SVG
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie
DForZo	Directie Forensische Zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPP	Forensisch Psychiatrische Polikliniek
FVK	Forensische Verslavingskliniek
FZ	Forensische Zorg
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg
IFZO	Informatievoorziening Forensische Zorg
NHC	Normatieve huisvestingscomponent
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
PI	Penitentiaire instelling
PMO	Psychomedisch Overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RIBW	Regionale zorgaanbieder voor Beschermd Wonen
RN	Reclassering Nederland
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapt
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ
Tbs	Terbeschikkingstelling
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum
WVGGZ	Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wfz	Wet forensische zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 4. Begrippenlijst

Zorg

− Ambulante zorg
Er is geen sprake van verblijf. Op de afgesproken tijdstippen komen de cliënten naar de hulpverlener toe of de hulpverleners bezoeken cliënten in hun omgeving voor de behandeling, begeleiding of ondersteuning.

− Begeleiding
ALGEMEEN: Activiteiten die zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een zorgaanbieder of verwaarlozing.[27]
FZ: Begeleiding is gericht op justitiabelen met een psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke handicap die beperkingen hebben in sociale redzaamheid, psychisch functioneren, geheugen en oriëntatie of zwaar probleemgedrag vertonen.[28]

− Behandeling
ALGEMEEN: Een specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische handeling die is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.[29]
GGZ: Interventies die de verbetering van de toestand van de cliënt dienen.[30]
FZ: Alle interventies die systematisch en methodisch leiden tot de vermindering van recidivegevaar. [31]

− Beschermd wonen
Een vorm van kleinschalig wonen waarbij de bewoners op verschillende niveaus begeleiding en ondersteuning ontvangen.

− Beveiligingsniveau
Het niveau aan beveiliging dat is georganiseerd tijdens het verblijf van de betreffende cliënt. Hierbij gaat het over de organisatorische, personeelsmatige, bouwkundige en elektronische beveiliging. Er zijn vier beveiligingsniveaus: (zeer) laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog.

− Capaciteit
Onder capaciteit wordt het gemiddelde feitelijke aantal aanwezige plaatsen verstaan, dat bestemd is voor detentie en bewaring, opvang en/of behandeling van justitiabelen, inclusief tijdelijk niet bruikbare capaciteit, reservecapaciteit en in stand te houden capaciteit. Tijdelijk niet bruikbare capaciteit betreft capaciteit welke tijdelijk niet bruikbaar is door bijvoorbeeld een verbouwing. Reservecapaciteit is capaciteit die binnen vier maanden inzetbaar is om (tijdelijk) extra aanbod van in te sluiten justitiabelen op te vangen. In stand te houden capaciteit is capaciteit die buiten gebruik is gesteld maar nog niet is afgestoten.

− Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie (DBBC)

---

[27] Besluit zorgaanspraken AWBZ.
[28] 'Uitvoeringsregel Prestaties Zorgzwaartepakketten en ambulante begeleiding Forensische Zorg'.
[29] Besluit zorgaanspraken AWBZ.
[30] EFP (2014).Langdurige forensisch psychiatrische zorg.
[31] EFP (2014).Langdurige forensisch psychiatrische zorg.

Het geheel van activiteiten van zorgaanbieders voor behandeling en eventueel verblijf, voortvloeiend uit de strafrechtelijke titel welke een cliënt opgelegd krijgt. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg met behandeling geïndiceerd is.

− Forensische zorg (FZ)
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel. De zorg behelst klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen.

− Tbs-passanten
Tbs-gestelden waarvan de Tbs-termijn is begonnen en die in een penitentiaire instelling wachten op opname in een FPC.

− Klinische zorg
Behandeling wordt geboden in een 24-uurs verblijfsetting in een kliniek.

− Verblijfsintensiteit
De gemiddelde beschikbaarheid van een sociotherapeut per uur en per cliënt. De verblijfsintensiteit is in zeven categorieën onderverdeeld: A tot en met G.

− Zorg aan gedetineerden in PPC's
De zorg in PPC's die is bedoeld voor gedetineerden die vanuit psychiatrische problematiek of verstandelijke beperking verminderd weerbaar zijn en niet op een reguliere afdeling kunnen worden geplaatst.

− Zorg als voorwaarde
Zorg die wordt opgelegd als voorwaardelijke strafmaatregel zodat de veroordeelde geen gevangenisstraf hoeft te ondergaan. De zorg kan zowel klinisch, ambulant als via beschermd wonen worden aangeboden door verschillende aanbieders voor GGZ (inclusief beschermde woonvormen), verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg.

− Zorgzwaarte/zorgintensiteit
De intensiteit aan zorg die een persoon nodig heeft bij (langdurige) ziekte, handicap of ouderdom.[32]

− Zorgzwaartepakket (ZZP)
Een volledig pakket van zorg met verblijf en begeleiding dat bestaat uit een beschrijving van het type cliënt, het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Daarnaast omvat een ZZP zorg die is gericht op verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek. In ZZP's zit, in tegenstelling tot DBBC's, juist geen behandelcomponent. Voor de ZZP's FZ worden de prestaties uit de AWBZ gehanteerd.

[32] www.kiesbeter.nl.

Aanbieder

- Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)/Forensische Verslavingsafdeling (FVA)

Het grootste deel van de populatie in een FPA wordt behandeld voor een psychotische stoornis, al dan niet in combinatie met middelenmisbruik. De behandelduur varieert, van drie maanden tot enkele jaren. FPA's zijn opgezet om te fungeren als voorziening tussen de hoger beveiligde zorgaanbieders en de reguliere zorg. Doel is het behandelen van de (gedrags-) problematiek en het verminderen van het recidiverisico. In een FVA wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. FPA’s en FVA’s zijn minder beveiligd dan FPK’s en FVK’s en zijn vaak onderdeel van een reguliere GGZ instelling.

- Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)

Een FPC (Tbs-kliniek) behandelt cliënten waaraan een maatregel van Tbs met dwangverpleging is opgelegd door de rechter. De behandeling richt zich op alle aanwezige misdaad bevorderende factoren; de behandeling van psychische stoornissen en problemen op verschillende levensgebieden (wonen, werk, relaties). Een FPC verpleegt en/of behandelt uitsluitend Tbs-cliënten binnen een zeer streng beveiligd kader (zeer hoog beveiligingsniveau) en/of waarbij sprake is van een hoog beveiligingsniveau. Ook de behandeling is zeer intensief. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat het recidiverisico naar een aanvaardbaar niveau wordt teruggebracht.

- Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)/Forensische Verslavingskliniek (FVK)

Een FPK of FVK is een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg. Over het algemeen is er sprake van een hoog beveiligingsniveau. In een FPK worden cliënten behandeld met ernstige psychiatrische gedragsproblemen en/of een persoonlijkheidsstoornis. Binnen een FVK wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie.

Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. In tegenstelling tot behandeling in een FPC is de duur van de opgelegde straf/maatregel leidend en niet perse of iemand veilig kan terugkeren naar de maatschappij.

- Forensisch Psychiatrische Polikliniek (FPP)

Een polikliniek die vaak onderdeel uitmaakt van een reguliere GGZ instelling of forensisch psychiatrische zorgaanbieder en waar een ambulante behandeling wordt geboden aan mensen met een psychiatrische aandoening en/of persoonlijkheidsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met Justitie. Aangezien de behandeling ambulant wordt gegeven is er geen beveiliging.

- Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG/SGLVG+)

De populatie in een SGLVG of SGLVG+ instelling heeft een dubbele diagnose, zowel een licht verstandelijke beperking alsook ernstige gedragsproblemen. De behandeling richt zich dan ook op meerdere facetten; enerzijds het bieden van woon- en werkvoorzieningen aangepast op de doelgroep, anderzijds het behandelen van de psychiatrische stoornis of gedragsstoornis zodat klachten verminderen.

− Regionale Instelling voor Begeleid Wonen (RIBW)
In een RIBW worden diverse vormen van wonen en begeleiding geboden aan mensen met psychische of psychosociale problemen, al dan niet met een strafrechtelijke titel. RIBW's bieden ondersteuning door het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door het helpen bij het vinden van werk/dagbesteding en het opbouwen van een adequaat sociaal netwerk. Op deze manier wordt niet alleen de justitiabele geholpen, maar worden ook dreigende problemen en overlast voor de maatschappij voorkomen. De geboden ondersteuning kan kort- of langdurend zijn. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is laag.

− Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC)
Binnen een PPC wordt klinische psychiatrische zorg aan gedetineerden geboden die om diverse redenen niet binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een groot vluchtgevaar. De gedetineerden worden binnen de PPC's psychiatrisch begeleid, behandeld en gestabiliseerd. Vanuit het PPC wordt bekeken of de cliënt in het kader van een zorgtraject uiteindelijk kan worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA. Het PPC is gehuisvest binnen een penitentiaire instelling (PI) en het beveiligingsniveau is daarom zeer hoog.

Organisaties niet zijnde aanbieder

− 3 Reclasseringsorganisaties (3RO)
Verzameling van drie reclasseringsorganisaties (RN, SVG en LdH) welke indiceert voor alle ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van beschermd wonen na klinisch verblijf.

− Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
Een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VenJ. DJI zorgt voor de tenuitvoerlegging van straffen en vrijheidsbenemende maatregelen, die na uitspraak van de rechter zijn opgelegd.

− Directie Forensische Zorg (DForZo)
Een directie van DJI die zich bezighoudt met het plaatsen van justitiabelen en de inkoop, financiering en kwaliteit van forensische zorg in een strafrechtelijk kader.[33]

− Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ)
Indicatieorgaan dat als onderdeel van het NIFP verantwoordelijk is voor de indicatiestelling voor alle klinische zorg, inclusief alle klinische verslavingszorg buiten het gevangeniswezen en voor beschermd wonen na klinisch verblijf.[34]

− Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LdH JZ&R)
Reclasseringsorganisatie die vooral hulp verleent aan dak- en thuislozen. Het betreft ongeveer 10% van alle reclasseringscliënten.[35]

− Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)
Kennisinstituut voor forensische psychiatrie en psychologie dat als landelijke dienst van het Ministerie van VenJ en valt onder de Dienst

[33] www.forensischezorg.nl.
[34] www.forensischezorg.nl.
[35] www.forensischezorg.nl.

Justitiële Inrichtingen (DJI). De belangrijkste werkzaamheden van het NIFP zijn advisering, bemiddeling, toetsing, observatie en opleiding.[36]

− Psychomedisch Overleg (PMO)
Indicatieorgaan voor alle klinische en ambulante zorg binnen het gevangeniswezen.

− Reclassering Nederland (RN)
Reclasseringsorganisatie die zich richt op alle reclasseringscliënten, behalve verslaafden en dak- en thuislozen.[37]

− Reclasseringsorganisatie
Organisatie die hulp verleent aan daders en verdachten van misdrijven ter voorkoming en vermindering van crimineel gedrag en het terugdringen van recidive.[38]

− Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)
Reclasseringsorganisatie die is gericht op cliënten waarbij sprake is van problematisch gedrag in relatie tot de verslaving en waarbij er een relatie is tussen delict en verslaving. Dit geldt voor ongeveer 30% van alle reclasseringscliënten.[39]

Overig

− Informatievoorziening Forensische Zorg (IFZO)
Informatiesysteem voor indicerende organisaties en gecontracteerde aanbieder dat het totale proces van forensische zorg ondersteunt, van het invoeren van een indicatiestelling tot en met plaatsing bij een gecontracteerde zorgzorgaanbieder die beschikt over een passend zorgaanbod.

− Justitiabele
Een persoon die aan de rechtspraak is onderworpen, zoals een gedaagde, een verdachte of een veroordeelde.

− Marktscan
De stand van zaken op een bepaalde zorgmarkt die kan worden vergeleken met de stand van zaken op andere zorgmarkten.

− Monopsonie
Een markt met slechts één koper (zorginkoper) en meerdere verkopers (aanbieders).

---

[36] www.forensischezorg.nl.
[37] www.forensischezorg.nl.
[38] www.reclassering.nl.
[39] www.forensischezorg.nl.

Bijlage 5. Omschrijving van de markt

In deze bijlage wordt er een nadere omschrijving van de markt gegeven. De omschrijving van markt bevond zich in voorgaande jaren nog in één van de regulier hoofdstukken in de marktscan. In deze marktscan is er voor gekozen het op te nemen in de bijlage, zodat de omschrijving van de markt kan fungeren als extra inzicht bij het lezen van de marktscan FZ.

5.1 Forensische zorg in strafrechtelijk kader

Forensische zorg (FZ) is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.[40] De zorg behelst klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen.
Onder FZ vallen alle vormen van zorg (behandeling of begeleiding) die de rechter of de Officier van Justitie in een vonnis of als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke sanctie kunnen opleggen en zorg aan gedetineerden. Voorbeelden hiervan zijn vormen van verslavingszorg, een maatregel als 'Tbs met voorwaarden' of poliklinische handelingen door een GGZ-aanbieder. Het doel van FZ is herstel van de cliënt en (verdere) vermindering van recidive ten behoeve van de veiligheid van de samenleving. Somatische zorg in het algemeen en basiszorg die geleverd wordt aan gedetineerden binnen het gevangeniswezen vallen niet onder FZ.

FZ wordt aangeboden in de vorm van klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen. Bij klinische zorg is sprake van een 24-uurs verblijfsetting in een kliniek waar ook behandeling wordt geboden. Bij ambulante zorg is er geen sprake van verblijf. Op de afgesproken tijdstippen komen de cliënten naar de hulpverlener toe. Ook is het mogelijk dat hulpverleners cliënten in hun omgeving bezoeken voor de behandeling, begeleiding of ondersteuning. Beschermd wonen is een vorm van kleinschalig wonen waarbij de bewoners op verschillende niveaus begeleiding en ondersteuning ontvangen.

FZ wordt meestal door een rechter opgelegd en betreft alleen de zorg in een strafrechtelijk kader. Er zijn 25 forensische zorgtitels: 24 strafrechtelijke titels en 1 voorgenomen indicatiestelling van de reclassering. De laatste kan onder bepaalde voorwaarden benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels.

5.2 Doelgroepen FZ

Er zijn drie doelgroepen te onderscheiden:

− Tbs-gestelden
Tbs is een maatregel die de rechter oplegt aan mensen die ernstige delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. Om de ziekte of stoornis te behandelen en herhaling (recidive) te voorkomen kan Tbs worden opgelegd. Dit alles met als doel de samenleving te beschermen.

[40] DJI (2013). Handboek Forensische Zorg.

Tbs is er in twee vormen. Tbs met dwangverpleging is de meest bekende vorm van Tbs. De Tbs-gestelde (met dwangverpleging) wordt veelal in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC, Tbs-kliniek) geplaatst en behandeld. Ook kunnen specifieke groepen van Tbs-gestelden in instellingen met beveiligingsniveau 3 opgenomen worden. Deze instellingen zijn gespecialiseerd in specifieke problematiek. Dwangverpleging houdt in dat de Tbs-gestelde ook onvrijwillig in het FPC kan verblijven.

Tbs met voorwaarden is de tweede vorm van Tbs. Hier stelt de rechter voorwaarden aan het gedrag. De persoon moet dan bijvoorbeeld een behandeling ondergaan (ambulant of klinisch) en/of mag geen alcohol of drugs gebruiken. Bij Tbs met voorwaarden is overeenstemming over de voorwaarden noodzakelijk tussen verdachte, reclassering en zorgaanbieder. Wanneer de voorwaarden worden genegeerd, kan de rechter de Tbs alsnog omzetten in Tbs met bevel tot verpleging.

- Verdachten of veroordeelden aan wie het OM of de Rechtspraak een voorwaardelijke sanctie heeft opgelegd/zorg als voorwaarde

'Zorg als voorwaarde' kan bestaan uit klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen en wordt aangeboden door verschillende aanbieders voor GGZ, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het gaat om voorwaardelijke sancties. Een voorbeeld hiervan is een verslaafde die voorwaardelijk is veroordeeld. Onder de voorwaarde dat hij/zij deelneemt aan zorg hoeft hij/zij geen gevangenisstraf te ondergaan.

- Zorg aan gedetineerden

Tijdens detentie kan een zorgbehoefte blijken. Indien zo, dan geldt allereerst het principe 'GGZ tenzij'. Dit houdt in dat de gedetineerde klinisch geplaatst wordt in een reguliere GGZ-instelling of ambulante zorg ontvangt van een GGZ-instelling in de penitentiaire instelling. Als dit niet mogelijk is, wordt de gedetineerde geplaatst in een PPC ten behoeve van klinische behandeling.

Bij de doelgroep 'Zorg aan gedetineerden' heeft de rechter geen FZ opgelegd, maar wordt tijdens de detentie geïndiceerd dat een gedetineerde FZ nodig heeft. Een rechterlijke uitspraak is daarvoor niet nodig.

5.3 Levering van zorg

De FZ zorgaanbieders zijn in te delen in de volgende categorieën:
- Forensisch Psychiatrische Centra (FPC)
- Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK)/Forensische Verslavingsklinieken (FVK)
- Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA)/ Forensische Verslavingsafdelingen (FVA)
- Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC)
- Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP)
- Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG/SGLVG+)
- Regionale aanbieder voor Beschermd Wonen (RIBW)

Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's)

Een FPC (Tbs-kliniek) behandelt cliënten waaraan een maatregel van Tbs met dwangverpleging is opgelegd door de rechter.
De behandeling richt zich op alle criminogene factoren; de behandeling van psychische stoornissen en problemen op verschillende

levensgebieden (wonen, werk, relaties). Een FPC verpleegt en/of behandelt Tbs-cliënten binnen een zeer streng beveiligd kader en/of met een hoog beveiligingsniveau. Ook de behandeling is zeer intensief. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat het recidiverisico naar een aanvaardbaar niveau wordt teruggebracht. Na een verblijf in een FPC kunnen forensische cliënten worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA.
Cliënten die blijvend een hoog recidiverisico hebben kunnen terecht komen op een long-stay afdeling.

Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's)/Forensische Verslavingsklinieken (FVK's)
Een FPK of FVK is een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg. Over het algemeen is er sprake van een hoog beveiligingsniveau. In een FPK worden cliënten behandeld met ernstige psychiatrische gedragsproblemen en/of een persoonlijkheidsstoornis. Binnen een FVK wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. Wanneer blijkt dat voortzetting van zorg nodig is, kan na afloop van het strafrechtelijk kader, de zorg voortgezet worden. Deze zorg wordt bekostigd vanuit de AWBZ of Zvw.

Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's)/Forensische Verslavingsafdelingen (FVA)
Het grootste deel van de populatie in een FPA wordt behandeld voor een psychotische stoornis, al dan niet in combinatie met middelenmisbruik. De behandelduur varieert van drie maanden tot enkele jaren. FPA's zijn opgezet om te fungeren als voorziening tussen de hoger beveiligde zorgaanbieders en de reguliere zorg. Doel is het behandelen van de (gedrags-) problematiek en het verminderen van het recidiverisico. In een FVA wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. FPA's en FVA's kennen een gemiddeld beveiligingsniveau en zijn minder beveiligd dan FPK's en FVK's. Zij zijn vaak onderdeel van een reguliere GGZ instelling. Na een verblijf in een FPA of FVA kunnen cliënten doorstromen naar een RIBW, woonvormen in de GGZ of naar zelfstandig wonen.

Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's)
Binnen een PPC wordt klinische psychiatrische zorg aan gedetineerden geboden die om diverse redenen niet binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een groot vluchtgevaar. De gedetineerden worden binnen de PPC's psychiatrisch begeleid, behandeld en gestabiliseerd. Vanuit het PPC wordt bekeken of de cliënt in het kader van een zorgtraject uiteindelijk kan worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA. Het PPC is gehuisvest binnen een penitentiaire instelling (PI) en het beveiligingsniveau is daarom zeer hoog.

Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP's)
In een FPP wordt ambulante behandeling geboden aan mensen met een psychiatrische aandoening en/of persoonlijkheidsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met Justitie. De FPP maakt vaak onderdeel uit van een reguliere GGZ-instelling of forensisch psychiatrische zorgaanbieder. Aangezien de behandeling ambulant wordt gegeven is er geen beveiliging.

Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG/SGLVG+)
De populatie in een SGLVG of SGLVG+ instelling (meestal onderdeel van een gehandicaptenzorg-instelling) heeft een dubbele diagnose, zowel een licht verstandelijke beperking alsook ernstige gedragsproblemen. De behandeling richt zich dan ook op meerdere facetten; enerzijds het bieden van woon- en werkvoorzieningen aangepast op de doelgroep, anderzijds het behandelen van de psychiatrische stoornis of gedragsstoornis zodat klachten verminderen. Na een verblijf in een SGLVG-instelling kan een cliënt doorstromen naar bijvoorbeeld een RIBW gericht op licht verstandelijk beperkten. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is gemiddeld.

Regionale Instelling voor Begeleid Wonen (RIBW)
In een RIBW worden diverse vormen van wonen en begeleiding geboden aan mensen met psychische of psychosociale problemen, al dan niet met een strafrechtelijke titel. RIBW's bieden ondersteuning door het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door het helpen bij het vinden van werk-/dagbesteding en het opbouwen van een adequaat sociaal netwerk. Op deze manier wordt niet alleen de justitiabele geholpen, maar worden ook dreigende problemen en overlast voor de maatschappij voorkomen. De geboden ondersteuning kan kort- of langdurend zijn. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is laag.

5.4 Analysemethode

De onderstaande tabel geeft de indeling van de FZ weer in verschillende productgroepen. Ten opzichte van de vorige marktscan is er binnen de productgroepen een onderverdeling gemaakt in de geografische markt. In 2013 is de geografische oriëntatie van de Tbs aangepast. Het beleid van VenJ is erop gericht de Tbs'er passende zorg te leveren zo dicht mogelijk bij de woonplaats. De geografische markt van PPC's is landelijk georganiseerd vanwege het kleine aantal centra.

<table>
<tr><th colspan="5">Productmarkt</th><th rowspan="2">Geo-grafische markt</th><th rowspan="2">Type aanbieder</th><th rowspan="2">Bekostiging</th></tr>
<tr><th colspan="2">Doelgroep</th><th>Zorgvraag</th><th>Naam product-groep</th><th>Niveau beveili-ging</th></tr>
<tr><td colspan="2">Tbs-gestelden</td><td>Behandeling</td><td>FPC's</td><td>3 en 4</td><td>Regionaal</td><td>FPC</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gedetineerden in PPC's</td><td>Behandeling</td><td>PPC's</td><td>4</td><td>Landelijk</td><td>PPC's en reguliere GGZ- aanbieder</td><td>DBBC's</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Overige FZ</td><td rowspan="2">GGZ-cliënten</td><td>Begeleiding</td><td>GGZ-begeleiding</td><td>Nvt</td><td>Regionaal</td><td>RIBW, reguliere GGZ- aanbieder, reguliere aanbieder verslavingszorg</td><td>ZZP GGZ C (klinisch) en extramurale parameters (ambulant)</td></tr>
<tr><td>Behandeling</td><td>GGZ ambulante behandeling</td><td>Ambulant</td><td>Regionaal</td><td>Reguliere GGZ aanbieder en reguliere aanbieder verslavingszorg, Forensisch psychiatrische poliklinieken</td><td>DBBC's</td></tr>
</table>

			GGZ-beveiligingsniveau 1	1	Regionaal	Reguliere GGZ aanbieder en reguliere aanbieder verslavingszorg	DBBC's
			GGZ-beveiligingsniveau 2	2	Regionaal	Forensisch psychiatrische Afdelingen en Forensisch verslavingsafdelingen	DBBC's
			GGZ-beveiligingsniveau 3	3	Regionaal	Forensisch psychiatrische Klinieken en Forensisch verslavingsklinieken	DBBC'S
	VG	Begeleiding	VG begeleiding	Nvt	Regionaal	SGLVG instelling	ZZP VG (klinisch) en extramurale parameters (ambulant)
		Behandeling	VG ambulante behandeling	Ambulant	Regionaal	SGLVG instelling	DBBC's
			VG behandeling beveiligingsniveau 2	2	Regionaal	SGLVG+ instelling	DBBC's

5.5 Inkoper

Conform het Interimbesluit Forensische zorg wordt de minister van Veiligheid en Justitie voor wat betreft de inkoop van forensische zorg aangemerkt als zorgverzekeraar. Dit wordt uitgevoerd door DForZo van DJI, onderdeel van VenJ. Kortheidshalve wordt in deze marktscan gesproken over DForZo als zijnde de zorginkoper. DForZo bekijkt hoeveel FZ nodig is, van welk type en welke instellingen die zorg kunnen leveren, koopt de benodigde zorg in en bewaakt de kwaliteit.

De markt voor FZ is een monopsonie. Een monopsonie is een markt met één inkoper (in dit geval DForZo) en meerdere verkopers (de zorgaanbieders). In tegenstelling tot andere zorgmarkten is er dus geen sprake van concurrentie bij de inkopers. De zorgaanbieders hebben wel te maken met een concurrerende markt. Deze concurrentie is gericht op het mogen leveren van zorg (de contractering). De cliënt heeft in het kader van strafoplegging, geen keuzevrijheid voor een bepaalde zorgaanbieder.

5.6 Indicatiestelling

Indicatiestelling is nodig om de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de justitiabele vast te leggen.

Tabel 1 toont de indicatiestellers en geeft aan welke zorg door welk orgaan geïndiceerd wordt.

Tabel 1 Indicatiestellers en zorgtype

Indicatiesteller	Indiceert voor
DForZo/Plaatsing	Klinische zorg voor Tbs met dwangverpleging
NIFP/IFZ	Alle klinische zorg, inclusief alle klinische verslavingszorg buiten het gevangeniswezen en voor beschermd wonen na klinisch verblijf
3RO	Alle ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van beschermd wonen na klinisch verblijf
PMO (GW)	Alle klinische en ambulante zorg binnen het gevangeniswezen

Bron: DJI (2013). Handboek Forensische Zorg.

DForZo/Plaatsing
De afdeling Plaatsing van DForZo voert de indicatiestelling uit voor de klinische zorg voor Tbs-gestelden met dwangverpleging.

Het IFZ (Indicatiestelling Forensische Zorg)
De indicatiestelling voor klinische zorg en beschermd wonen na klinisch verblijf wordt verzorgd door het IFZ, onderdeel van het NIFP. Het NIFP is het kennisinstituut voor forensische psychiatrie en psychologie. Het is een landelijke dienst van VenJ, ondergebracht bij DJI.

3RO
De indicatiestelling voor de ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, wordt verzorgd door drie reclasseringsorganisaties (3RO):
- Reclassering Nederland (RN)
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)
- Het Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LdH JZ&R)

De hoofdproblematiek van de cliënt bepaalt door welk orgaan de indicatiestelling plaatsvindt.

Psycho Medisch Overleg (PMO)
PMO indiceert voor ambulante zorg en voor zorg voor gedetineerden in PPC's. Het PMO bestaat uit psychologen en psychiaters van de penitentiaire instellingen. Het zorgaanbod in de penitentiaire instelling en de overplaatsing naar interne of externe voorzieningen komen via het PMO tot stand.

5.7 Plaatsing

In de FZ worden cliënten niet volgens voorkeur geplaatst maar volgens een aantal plaatsingscriteria. Deze criteria zijn als volgt:[41]
- Passende zorg: de zorg moet passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak voortkomend uit de indicatiestelling.
- Bereikbare zorg: regionale plaatsing is leidend om twee redenen: Ten eerste, regionale plaatsing maakt langdurig zorgcontact met een therapeut mogelijk. Na afloop van de straftitel, wanneer de cliënt terug is naar zijn eigen woonomgeving, is er meer kans dat de behandeling wordt voorgezet. Dit bevordert de continuïteit van zorg. Ten tweede, in de regio kan het ondersteunende sociale netwerk van de cliënt benut worden. Er zijn uiteraard specifieke gevallen wanneer het juist wenselijk is om de cliënt uit zijn omgeving te halen.

[41] DJI (2013). Handboek Forensische Zorg, p.33.

- Tijdige zorg: de zorg dient direct aan te sluiten op de detentie of het besluit van de rechtspraak, om zo effectief mogelijk te zijn en de slagingskans te bevorderen.

In de onderstaande tabel zijn de plaatsende instanties en hun verantwoordelijkheden opgenomen.

Tabel 2 Plaatsende instanties en zorgtype

Plaatsende instantie	Plaatst voor
DForZo/Plaatsing	Klinische zorg voor terbeschikkinggestelden met dwangverpleging.
NIFP/IFZ	Alle klinische zorg (muv Tbs met dwangverpleging), inclusief alle klinische verslavingszorg buiten het gevangeniswezen
GW/BSF (Bureau Selectie Functionaris)	Plaatsing in de PPC's (klinische zorg binnen het gevangeniswezen)
3RO	Alle ambulante zorg en beschermd wonen
PMO (GW)	Alle ambulante zorg binnen het gevangeniswezen

Bron: DJI (2013). Handboek Forensische Zorg.

5.8 Ministeriële verantwoordelijkheid

De minister van VenJ is verantwoordelijk voor het stelsel Forensische Zorg. De verantwoordelijkheid van de minister richt zich dus zowel op het systeem als ook op de concrete uitvoering van maatregelen, straffen en zorg (kwaliteit en beschikbaarheid).
Hierin onderscheidt het forensische systeem zich van de reguliere zorg.

De taken en verantwoordelijkheden zijn binnen VenJ ondergebracht bij diverse bedrijfsonderdelen. In de onderstaande tabel zijn de meest relevante taken per bedrijfsonderdeel in kaart gebracht die gerelateerd kunnen worden aan de FZ.

Tabel 3 Taken en verantwoordelijkheden VenJ

Rol VenJ	Bedrijfsonderdeel
Inkoop	Directie Forensische Zorg (DForZo) Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
Beleid	Directie Sanctie en Preventiebeleid (DSP)
Indicatie	Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ)
Plaatsing	Directie Forensische Zorg (DForZo)
Zorgverlening	Rijksinstellingen (FPC's) Gevangeniswezen (PPC's)
Toezicht op de sanctietoepassing, in het bijzonder op de beveiliging	Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ)

Bron: NZa

5.9 Toezichthouders

Inspectie VenJ en FZ
De Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ)[42] ziet toe op de sanctietoepassing met het oog op zichtbare verbetering van de effectiviteit en kwaliteit van de sanctietoepassing. De taken van de IVenJ zijn:
- toezicht op de effectiviteit en de kwaliteit van de uitvoering, in het bijzonder op de aspecten bejegening en beveiliging;
- het signaleren van risico's in de lokale uitvoering;
- toezicht op de naleving van wet- en regelgeving;
- coördinatie en afstemming met andere toezichthouders;
- beoordeling van de werking en volledigheid van andere toezichtarrangementen.

IVenJ houdt toezicht op alle landelijke diensten en inrichtingen die onder DJI vallen. Ook houdt de IVenJ toezicht op alle vestigingen van de reclassering en de zogenaamde DEMO-organisaties (stichting Door, Exodus, stichting Moria en stichting Ontmoeting).

IGZ en FZ
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)[43] richt zich op toezicht en handhaving in de organisaties die onderdeel uitmaken van DJI. Dit IGZ-toezicht is gericht op kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de medische zorg.

Instellingen FZ waar de IGZ toezicht op houdt zijn:
- Penitentiaire inrichtingen (inclusief PPC's);
- FPC's;
- Bijzondere voorzieningen (detentie- en uitzetcentra);
- Justitiële Jeugdinrichtingen (de Inspectie Jeugdzorg coördineert het toezicht binnen de JJI).

NZa en FZ
Tot 1 april 2012 had de NZa in de FZ een adviesrol voor prestaties en tarieven. De NZa adviseerde VenJ over de prestaties en tarieven, waarna het ministerie de tarieven voor de FZ vaststelde.
Op grond van het op 27 maart 2012 gewijzigde Interimbesluit FZ is met ingang van 1 april 2012 de rol van de NZa in de FZ veranderd.
Vanaf 1 april 2012 is de NZa conform Wmg verantwoordelijk voor:
- Het vaststellen van prestaties en tarieven voor de FZ
- Het vaststellen van beleidsregels en nadere regels voor de FZ
- Toezicht houden op FZ-zorgaanbieders en de zorginkoper

De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op zowel de curatieve als de langdurige zorgmarkt. De NZa ziet erop toe dat zij zich houden aan de wet- en regelgeving, zijnde de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Met de inwerkingtreding van de Wet Forensische Zorg zal de NZa ook handhavende bevoegdheden krijgen en zal de gehele Wmg integraal van toepassing zijn op de FZ. Op 1 januari 2015 heeft deze wet nog de status van wetsvoorstel.

[42] www.ivenj.nl.
[43] www.igz.nl.

5.10 Bekostiging van FZ

In de afgelopen jaren is de overgang ingezet van functiegerichte bekostiging naar prestatiebekostiging. Naast productieafspraken in budgetparameters, aanbestedingsafspraken en normtarieven voor het gevangeniswezen, worden (prestatie)afspraken gemaakt in DBBC's, ZZP's en extramurale parameters. Voor de nieuwe systematiek is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg.

Voor de afbakening tussen de DBBC's en de ZZP's/extramurale parameters geldt het volgende:

- Voor zorg in het kader van de behandeling van de cliënt (zowel met als zonder verblijf) geldt de DBBC-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg met behandeling geïndiceerd is.
- De ZZP's/extramurale parameters gelden voor alle doelgroepen bij de volgende zorgvormen:
  - Ambulante begeleiding (extramurale parameters);
  - Verblijf met begeleiding zonder behandeling (ZZP's);
  - Verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek (ZZP's).

5.10.1 DBBC's

Het geheel van activiteiten van zorgaanbieders voor behandeling, beveiliging en verblijf voortvloeiend uit de strafrechtelijke titel welke een cliënt opgelegd krijgt, vormt samen de DBBC. De DBBC's zijn van toepassing op de klinische forensische zorg en ambulante behandeling in strafrechtelijk kader, plus de bijzondere zorg in detentie (PPC's) en de SGLVG+ instellingen. De systematiek waar de DBBC's op zijn gebaseerd is geënt op de DBC-systematiek (Diagnose Behandel Combinatie) uit de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

Op 1 januari 2011 is de declaratie van DBBC's ingevoerd. Vanaf deze datum vindt de financiering van de FZ plaats op basis van de DBBC-productstructuur.[44] Om de overgang van budgetparameters naar volledige bekostiging op basis van DBBC's niet abrupt te laten verlopen is voor de jaren 2013, 2014 en 2015 voorzien in een transitieperiode.

De transitieomzet 2013 is gelijk aan:
Transitieomzet (2013)= 0,95 *[Budgetomzet (2013)] +(1- 0,95)*[DBBC omzet (t)]
Hierbij is: H= 0,95 = garantiepercentage, waarbij (1- H) de mate van afbouw is.
Voor het vervolg van de transitieperiode neemt H af (2014: 0,95 en 2015: 0,70).

De bekostiging van FZ vindt tot 2013 nog plaats op basis van de oude budgetsystematiek. Hiervoor worden budgetparameters gebruikt die overeenkomen met de parameters die de NZa gebruikt in de curatieve en langdurige GGZ en de gehandicaptenzorg. Voor PPC's geldt dat zij niet werken met de NZa budgetparameters, maar met de door hun gebruikte normtarieven, welke dienen ter financiering van de FZ. Het budget geldt als vangnet. Vanaf 2015 stromen de PPC's horizontaal in het transitiemodel.

[44] DJI (2012). Uitvoeringsregels Forensische Zorg 2012.

5.10.1.1 Behandelgroepen

Binnen de behandel DBBC's worden acht behandelgroepen onderscheiden naar primaire diagnose:
- Stoornissen in kindertijd
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing
- Restgroep diagnoses
- Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
- Stoornissen in impulsbeheersing
- Aan middelen gebonden stoornissen (drugs & alcohol)
- Persoonlijkheidsstoornissen

De behandelgroepen zijn, net als bij GGZ DBC's, verdeeld in tijdsklassen. Zo wordt een relatie gelegd tussen de diagnose van een cliënt en de bijbehorende kosten van de behandeling. Afhankelijk van de duur van de behandeling is dan een bepaald DBBC-product van toepassing.

5.10.1.2 Verblijfsoorten

De verblijfsoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau.

Tabel 4 Overzicht verblijfsoorten

Verblijfsintensiteit/ beveiligingsniveau	(Zeer) laag (1)	Gemiddeld (2)	Hoog (3)	Zeer hoog (4)
Verblijf licht (A)	A1	A2 / A2 SGLVG	A3	A4
Verblijf beperkt (B)	B1	B2 / B2 SGLVG	B3	B4
Verblijf matig (C)	C1	C2 / C2 SGLVG	C3	C4
Verblijf gemiddeld (D)	D1	D2	D3	D4
Verblijf intensief (E)	E1	E2	E3	E4
Verblijf extra intensief (F)	F1	F2	F3	F4
Verblijf zeer intensief (G)	G1	G2	G3	G4

Bron: NZa

5.10.2 ZZP's en extramurale parameters

Een ZZP is een volledig pakket van zorg met verblijf en bestaat uit een beschrijving van het type cliënt, het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. In een ZZP zit, in tegenstelling tot in een DBBC, juist geen behandelcomponent. Voor de ZZP's FZ worden de prestaties uit de AWBZ gehanteerd. Voor de ambulante begeleiding zonder behandeling in de FZ gelden de extramurale parameters uit de AWBZ.

Sinds 2011 wordt er binnen de FZ de C-reeks ZZP's (geënt op ondersteunende begeleiding) ingekocht door DForZo. Voor de verstandelijk gehandicapten (VG) worden de ZZP's VG ingekocht. De ZZP's SGLVG+ (sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt) worden niet ingekocht door VenJ. In plaats daarvan wordt de SGLVG+ behandeling geregistreerd en gefactureerd in DBBC's.

Tot en met 2014 vindt bekostiging plaats op basis van budgetten. Registratie in ZZP's en extramurale parameters dient tot 2015 als schaduwadministratie. Vanaf 2015 wordt op basis van de ZZP's en extramurale parameters ingekocht, bekostigd en gefactureerd.

Beleidsbrief

Ministerie van Veiligheid en Justitie
t.a.v. de heer mr. F. Teeven
Postbus 20301
2500 EH DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
Directie Zorgmarkten Cure	0900 7707070	vragencure@nza.nl	0114564/0160920

Onderwerp
Marktscan Forensische Zorg 2014

Datum
29 januari 2015

Mijnheer de Staatssecretaris,

Bijgaand ontvangt u de derde marktscan Forensische Zorg in strafrechtelijk kader, zoals afgesproken in het werkprogramma van de NZa. In deze marktscan FZ 2014 presenteert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een weergave van de markt in de periode 2010-2013.

In deze beleidsbrief zijn onze acties en aanbevelingen opgenomen. Daarbij wijzen we erop dat de Forensische Zorg (FZ) specifieke kenmerken heeft die afwijken van de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Er is sprake van een eigen dynamiek in deze markt. Een belangrijk verschil met de reguliere GGZ is het verplichte karakter van de zorg door een opgelegde strafrechtelijke titel. Daarnaast wordt de zorg in beveiligde omstandigheden geleverd, waardoor ook de bekostiging van de FZ deels afwijkt van de reguliere GGZ. Ten slotte wordt FZ ingekocht door één inkoper, de Directie Forensische Zorg (DForZo), terwijl er in de GGZ een aantal concurrerende zorgverzekeraars zijn.

Voordat wij ingaan op de voornaamste bevindingen in de scan willen wij eerst twee zaken benadrukken die paradoxaal tegelijk voorkomen: lange wachttijden voor de Tbs en overcapaciteit. Deze onderwerpen komen verderop in deze brief aan de orde. De gemiddelde wachttijd van Tbs-passenten is 100 dagen, ver boven de norm. Wij onderzoeken dit jaar wat daarvan de oorzaken zijn. Ten tweede constateren wij evenals andere jaren dat er in de FZ structureel meer zorg wordt ingekocht dan er aan zorg wordt geleverd. Het kan een beleidsmatige keuze zijn om op deze manier de beschikbaarheid van zorg te borgen. Daarbij is het de vraag in hoeverre de zorgvraag in de FZ dusdanig onvoorspelbaar is dat hier capaciteit voor moet worden gereserveerd.
De vergoeding van een beschikbaarheidsfunctie past echter slecht in een systeem van prestatiebekostiging.

Wij adviseren u om na te gaan of hiervoor een andere bekostigingsvorm, zoals een beschikbaarheidbijdrage, beter passend is.

Hieronder gaan wij in op onze conclusies en aanbevelingen. Op sommige terreinen zijn wij nog niet bevoegd en kunnen we alleen signaleren, omdat de Wet Forensische Zorg (Wet FZ) nog niet in werking is getreden.

Toegankelijkheid van Tbs nader onderzocht

De inzet van het ministerie van VenJ is om de behandelduur voor Terbeschikkinggestelden (Tbs) te verlagen van 10 jaar (2013) naar 8 jaar (2017). Tevens is er minder vraag naar Tbs. Hierdoor zijn uitstroomcijfers van Tbs-gestelden relatief hoog en de instroomcijfers relatief laag. Deze ontwikkelingen zijn ook terug te zien in de inkoopafspraken voor de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC), waar behandeling van Tbs plaatsvindt. Bij de FPC's wordt er in 2014 €28,25 miljoen euro minder ingekocht ten opzichte van 2009. In de periode 2010-2014 wordt er meer ingekocht in de Overige Forensische Zorg (OFZ) als gevolg van substitutie.

Met betrekking tot de toegankelijkheid binnen de FPC's heeft de NZa in deze marktscan lange wachttijden gesignaleerd voor Tbs-passanten. De wachttijd van Tbs-passanten die in een huis van bewaring wachten op behandeling is in 2013 100 dagen, terwijl de norm 30 dagen is[1]. De wachttijd ligt dus ver boven de norm, waardoor Tbs-passanten langer in hechtenis zitten voordat zij zorg kunnen ontvangen. Een lange wachttijd kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer er voor een specifieke zorgvraag niet direct passende zorg kan worden geboden. Wij kennen echter de exacte oorzaak van de overschrijding niet en zien ook spanning in relatie tot de geconstateerde overcapaciteit. Wij onderzoeken dit jaar wat de oorzaken zijn van de lange wachttijden en zullen indien nodig het ministerie van VenJ vragen maatregelen te treffen om de wachttijden verder terug te dringen.

Inkoopdynamiek in de FZ

De onderstaande onderwerpen kenmerken de eigen inkoopdynamiek van de FZ.

Vanaf 2010 is er sprake van structurele onderproductie. Dit betekent dat er meer zorg wordt ingekocht dan daadwerkelijk wordt geleverd. Ook in vorige beleidsbrieven en marktscans FZ is de structurele onderproductie als aandachtspunt naar voren gekomen.

Onderproductie in combinatie met prestatiebekostiging vormt een financieel risico voor zorgaanbieders omdat de inkomsten van zorgaanbieders sterk kunnen dalen. De zorginkoper kan immers niet betalen voor niet geleverde productie.
Zoals eerder in deze brief aangegeven, kan het een beleidsmatige keuze zijn om capaciteit beschikbaar te houden. Wij adviseren u om te onderzoeken of prestatiebekostiging de best passende bekostigingssystematiek is voor een beschikbaarheidsfunctie. Een alternatieve bekostigingsvorm voor het beschikbaar houden van capaciteit in de Forensische Zorg is een beschikbaarheidbijdrage.

---

[1] Ministerie van Veiligheid en Justitie (2012). Handboek Forensische Zorg, p. 185-186

Ten tweede is er nauwelijks sprake van prijsdifferentiatie, wat impliceert dat er geen verschil zit tussen kwaliteit van zorg bij verschillende aanbieders. Dit kan er echter ook op wijzen dat er weinig ruimte is voor tariefonderhandelingen.

Ten derde is het beleid in de Forensische Zorg gericht op minder zware zorg: minder beveiliging, minder zwaar verblijf. In de inkoopcijfers is echter nog niet zichtbaar dat lichtere vormen van zorg meer aandacht krijgen.

Ten vierde ziet de NZa mogelijkheden om kwaliteit van zorg een belangrijkere rol te geven in de zorginkoop. Er zijn twee prestatie-indicatoren genormeerd in 2014. DForZo past wel kortingen toe als aanbieders geen informatie aanleveren over prestatie-indicatoren van zorg.

Er zijn veel ontwikkelingen in de FZ ingezet, de effecten zijn echter pas in de komende jaren zichtbaar. Dit betreft onder andere de realisatie van doelstellingen uit de Meerjarenovereenkomst FZ 2013-2018 en de impact van de invoering van prestatiebekostiging in DBBC's in de FZ. De effecten van deze ontwikkelingen nemen we mee in volgende marktscans van de NZa. Daarnaast komen wij in 2015 met resultaten van de evaluatie van prestatiebekostiging in de FZ.

Aandacht voor continuïteit van zorg

In het adviesrapport 'Stoornis en Delict' concludeert de RVZ[2] dat de GGZ en de FZ niet goed op elkaar aansluiten. Met name de verschillende financierings- en bekostigingsregimes in strafrechtelijk en civiel kader zorgen voor een aantal knelpunten in de praktijk. Deze knelpunten vormen een bekostigingsschot tussen de FZ (bekostigd vanuit de FZ) en de reguliere GGZ (bekostigd vanuit de Zvw en de AWBZ).

De omvang van de doelgroep is van tevoren goed in te schatten, maar het is lastig planbaar onder welke titel (strafrechtelijk of civiel) de mensen in de zorg verblijven. Hierdoor komt het voor dat op niveau van de zorgaanbieder voldoende capaciteit is ingekocht, maar er een tekort aan capaciteit ontstaat in één van de deelsegmenten. Het bekostigingsschot kan er voor zorgen dat patiënten soms te lang in de FZ verblijven of de overgang naar de reguliere GGZ niet soepel verloopt.

Wij hebben vanwege het bekostigingsschot de beleidsregel overheveling Zvw-Fz opgesteld. Aanbieders kunnen vanuit de FZ budget overhevelen naar de Zvw en vice versa. Sinds de inwerkingtreding per 1 januari 2014 zijn er geen meldingen bij de NZa binnengekomen om budget over te hevelen.
Wij gaan onderzoeken waarom er geen meldingen zijn gedaan. Als dit voortkomt uit informatiegebrek zullen wij de informatievoorziening verbeteren.

Transparantie van kwaliteit

De prestatie-indicatoren met betrekking tot kwaliteit hebben de afgelopen jaren een behoorlijke ontwikkeling doorgemaakt. Er zijn indicatorensets op instellingsniveau en op stelselniveau ontwikkeld.

[2] RVZ (2012). Stoornis en Delict.

Op basis van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie hebben wij voor het jaar 2013 in deze marktscan een eerste nulmeting opgenomen. In de komende jaren zullen wij daar verder over rapporteren in de volgende marktscans.

Toetredingsdrempels

Het aantal unieke zorgaanbieders met productieafspraken in de FZ is gestegen met 33 tussen de jaren 2013 en 2010. In de meeste productgroepen is het aantal toetreders echter laag, behalve in de GGZ-begeleiding. De GGZ-begeleiding is een relatief gemakkelijke productgroep om toe te treden. Voor 2014 en 2015 valt een toetredingsdrempel voor nieuwe aanbieders in de FZ te verwachten vanwege aanpassingen in contractvormen.

Vanaf 2014 is het niet meer mogelijk voor zorgaanbieders om op basis van een 'lichte contractvorm' afspraken te maken met DForZo. Voor nieuwe aanbieders wordt het moeilijker om toe te treden tot de markt en zorg aan te bieden met relatief weinig administratieve lasten. Het opwerpen van toetredingsdrempels staat haaks op het systeem van prestatiebekostiging. In dat systeem gaat het er immers om dat de meest doelmatige zorgaanbieder met de beste kwaliteit wordt gecontracteerd. Wij adviseren de zorginkoper om zorgaanbieders de mogelijkheid te blijven bieden om een contract aan te gaan met beperkte administratieve lasten.

Volledigheid data

Na veelvuldige afstemming met DForZo hebben wij de informatie en analyses in deze marktscan uitgebreid ten opzichte van vorig jaar. Echter zijn er nog een aantal indicatoren die ontbreken en die wel van belang zijn voor het geven van een nog completer beeld van de markt. De benodigde informatie is nog niet op het gewenste niveau beschikbaar of is nog onvolledig.

De ontbrekende indicatoren geven naar ons idee een aanvullend en verdiepend inzicht in de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de FZ:

- De reservecapaciteit van FPC's;
- Het aantal cliënten betaald op basis van DBBC's, zorgzwaartepakketten (ZZP's) en extramurale parameters
- De wachttijden voor de Overige Forensische Zorg (OFZ) en Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's);
- De recidivecijfers;
- De verhouding tussen indicatie en plaatsing;
- De cijfers met betrekking tot de instroom, doorstroom en uitstroom van de FZ.

Wij gaan graag met DForZo in gesprek om de benodigde gegevens voor volgende marktscan beschikbaar te krijgen.

Tot slot

De NZa zal in de komende periode de bovenstaande thema's blijven monitoren. De voorbereidingen voor de marktscan van volgend jaar zijn alweer in gang gezet en wij streven bij de volgende marktscan naar een verdere uitbreiding van informatie.

Met de invoering van Wet FZ zullen de taken en bevoegdheden van de NZa in de FZ worden uitgebreid. Dit stelt ons in staat om niet alleen te signaleren, maar biedt mogelijkheden om vervolgacties te koppelen aan de bevindingen van de marktscan FZ.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i